Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 26 stycznia 1884. № 4. Rok XXIII.

I. Czy przyczyna napadów epileptycznych polega na zmianach w tylnéj części kory mózgowéj?

Badanie doświadczalne.

Podał **Dr. S. Daniłło.**
docent Akademii Lekarskiéj w Petersburgu.

Zapatrywania obecne na umiejscowienie czynności w korze mózgowéj rozwinęły się dopiero pod wpływem znanych doświadczeń Hitziga i Fritscha nad pobudliwością elektryczną kory. Późniejsze badania wykazują, że kora mózgowa pośredniczy nietylko w czynnościach ruchowych ale i w poczuwaniu pewnych zjawisk zmysłowych a ośrodki odpowiednie znajdują się w odrębnych jéj obszarach.

Zdawało się tedy, że naukę o umiejscowieniu pewnych czynności w mózgu należy uznać jako polegającą na trwałéj i niewzruszonéj podstawie, zwłaszcza że badania nad związkiem, zachodzącym pomiędzy tylnemi częściami kory a spostrzeżeniami wzrokowemi i słuchowemi u zwierząt ssących i u ptaków przemawiały stanowczo na korzyść téj nauki (Munk: *Gesammte Abhandlungen über die Physiologie der Grosshirnrinde.* Berlin, 1881).

W ostatnich czasach ukazała się praca Unverrichta: (*Experimentelle und klinische Untersuchungen über Epilepsie Arch. für Psychiatrie.* Tom XIV, zeszyt 2 z r. 1883, str. 175—262), w któréj autor twierdzi, że drażniąc elektrycznie obszar wzrokowy kory mógł wywołać napady epileptyczne, że przeto obszar ten należy uważać za miejsce, w którém szukać potrzeba przyczyny napadów padaczkowych (l. c. p. 283). Twierdzenie powyższe porusza pytanie takiéj doniosłości, że z przyjemnością poszedłem za radą prof. Munka, aby poddać doświadczalnemu badaniu wpływ drażnienia elektrycznego na tylne płaty mózgowe.

Pytanie, nad którém się zastanowić mamy, przedstawia się w krótkości w ten sposób: Wśród jakich warunków może drażnienie elektryczne tylnych części kory mózgowéj wywołać napad drgawek ogólnych? Czy skutki takiego zadrażnienia zawisły od bezpośredniego drażnienia czyli też od okoliczności, któreby dopiero wykazać należało. Tak koniecznie opiewać musiało pytanie, gdyż oprócz powyżéj wymienionéj pracy Unverrichta znane jest zapatrywanie Eckhardta, w r. 1874 wygłoszone, wprost przeciwne zdaniu pierwszego autora; Eckhardt twierdzi bowiem, że przez drażnienie elektryczne tylnéj części kory mózgowéj nie można nigdy wywołać napadu drgawkowego. (Kussmaul: *Störungen der Sprache.* Wyd. drugie, 1881, str. 121). Opechomski wreszcie wywoływał czasem napady podobne do padaczkowych przez zamrożenie tylnych części kory mózgowéj u psów; sądzi on, że napady epileptoidyczne można wywołać przez drażnienie rozmaitych obszarów kory mózgowéj, w końcu zaś autor bardzo przezorny w wysnuwaniu wniosków wyraził przekonanie, że zamrażanie jest nieodpowiedniém do badania kwestyj lokalizacyi w mózgu.

Powody, które Unverrichta skłoniły do twierdzenia powyższego, są następujące. W sprawozdaniu ze swych doświadczeń zapisuje on takie szczegóły: Wśród pierwszego doświadczenia nastąpiło po zadrażnieniu gwałtowne rozwarcie obu ócz (l. c. str. 236), gdy jednak natychmiast potem zadrażniono ośrodek mięśnia okrężnego powiek należało sądzić, że działanie drugiego bodźca zsumuje się niejako z działaniem pierwszego. Wyniki tego doświadczenia są dla nas bez korzyści, toż samo powiedzieć można o innem doświadczeniu, przedsięwziętem na tém samém zwierzęciu, u którego drażniono również tylne części kory. Nie podano tutaj ani natężenia prądu, ani czasu trwania drażnienia, a są to okoliczności nie małéj wagi, jak się o tém późniéj przekonamy. Toż samo powiedzieć można o drugiém doświadczeniu (l. c. str. 239). Tutaj jednak wypada zaznaczyć, że drażnienie kilku miejsc nie sprowadziło widocznych skutków; późniéj dopiero powstał napad, który można uważać za samoistny, gdyż u tego zwierzęcia już poprzednio spostrzeżono

taki sam napad kurczowy. W 8ém doświadczeniu (l. c. str. 247) drażniono płat średni dopiero dnia następnego po odsłonięciu prawéj połowy a okoliczność ta ma także pewne znaczenie, gdyż, jak wiadomo, wzmaga się pobudliwość mózgu wśród pierwszego okresu rozpoczynającéj się w nim sprawy zapalnéj. Że zapalenie musiało powstać wśród tych warunków i że następnie zajęło drugą połowę świeżo odsłoniętą, rozumie się samo przez się, naczynia bowiem tak obu połów opony twardéj, jakoteż opon miękkich wspólniczą ze sobą. Już z opisu autora (l. c. str. 248) wnosić należy o takiém zajęciu zapalném drugiéj połowy. W tym też przypadku nie można tych doświadczeń uważać za czyste, a to samo cośmy wyżéj o 1 i 2ém powiedzieli, odnosi się do doświadczeń 9, 14 i 15. Tylko wśród doświadczenia 15 dłuższe drażnienie nie wywołało wcale drgawek. Wnioski autora są ciemne, opisy doświadczeń nie dostatecznie stwierdzone.

Aby tedy zbliżyć się do rozwiązania pytania co do skutków elektrycznego drażnienia tylnych części kory mózgowéj, przedsięwziąłem w pracowni prof. Munka szereg doświadczeń. Do doświadczeń tych użyto wyłącznie psów (ważących 4,5—7 kgr.). Trepanacyi i odsłonięcia powierzchni dokonywano wśród słabego znieczulenia eterem, przedtém jednak wstrzykiwano podskórnie 1 do 2ctgm. morfinu na kilogram wagi zwierzęcia. Jak wiadomo, wśród takiego odurzenia morfinowego pobudliwość nie bywa zmniejszoną, owszem podniesioną. Drażnienie elektryczne rozpoczynano zazwyczaj dopiero w 25 lub 30 minut po ukończeniu wszelkich zabiegów przygotowawczych a więc już w tym czasie, gdy skutek znieczulenia eterem zupełnie ustąpił. Do drażnienia używaliśmy elektrod platynowych guzikowatych i sanek Dubois-Reymonda, wprawianych w ruch za pomocą stosu Daniella [1]). Rozpoczynano i przestawano drażnić za pomocą klucza Dubois Reymonda, przyłożywszy poprzednio elektrody prostopadle zamykano prąd i od téj chwili czas trwania drażnienia oznaczano w sekundach. Dla krótkości podam wśród dalszego opisu natężenie prądu, odległość cewek w centymetrach i ich dziesiętnych za pomocą liter *CC*, i liczb odpowiednich (1, 2, . . .) czas trwania zaś drażnienia przez *CD*.

Jak wiadomo tetanizacyja pewnego pola ruchowego za pomocą prądu krótkotrwającego i słabego wywołuje ruch w odpowiedniéj części ciała. Przedewszystkiém tedy baczyć należało, czy po tych samych bodźcach nastają te same skutki podrażnienia tylnych części kory. Pokazało się, że gdy po drażnieniu o pewném nasileniu w przodkowéj części powstawał wyraźny napad, bywał on zaledwie spostrzegalny po drażnieniu rozmaitych okolic tylnego płatu (obszaru wzrokowego, słuchowego i innych miejsc).

Doświadczenie I. Użyto psa ważącego 7 kilogramów, któremu wstrzyknięto 6 ctgr. morfinu. Trepanacyja po stronie lewéj; tetanizowanie ośrodka odnogi przodkowéj. OC=8, CD=5. Już po 2—3 sekundach widać toniczne drgnienie z wyprostowaniem łapy przeciwległéj, potém pojawiają się drgania tylnéj łapy, przechodzą wreszcie w kurcz tężcowy połowiczy, który utrzymuje się o kilka sekund dłużéj aniżeli drażnienie. Teraz zastósowano elektrody na obszar wzrokowy. Pomimo drażnienia o tém samém nasileniu nie widać żadnych ruchów. Po 10 minutach powtórzono to samo doświadczenie z takim samym skutkiem. Po następujących 10 minutach zadrażniono znowu (OC=5 CD=5). Brak ruchów. Ten sam skutek po 10 minutach przy OC=3, CD=5. Po 10 minutach przy OC=1 CD=5 słabe skomlenie, oddechy nieco głębsze, ustają jednak zwolna. Toż samo po 10 minutach przy OC=0 CD=5. Jednak zadrażnienie którejkolwiek przodkowéj części przy OC=0, CD=1—2 wywołuje gwałtowny napad kurczów po obu stronach, które trudno jest obserwować w poszczególnych fazach, trwają jednak zawsze o kilka minut dłużéj aniżeli drażnienie. Okazało się tedy, że za pomocą krótkich, chociażby nawet silnych prądów, nie można wywołać napadu kurczowego drażniąc tylną część kory mózgowéj.

Aby się przekonać, jak zachowuje się pobudliwość odpowiednich części wśród przebiegu spraw zapalnych, odsłonięto temu samemu psu dnia następnego połowę prawą mózgu. Opona twarda i miękkie okazywały znany obraz pierwszego okresu zapalenia (zaczerwienienie, zaćmienie itd.) Po zupełném ustaniu znieczulenia (eter bez morfinu) ponowiono doświadczenie z dnia poprzedniego z rezultatami wyżéj przytoczonemi. Same te doświadczenia ponawiano kilkakrotnie zawsze z tym samym skutkiem, a zbyteczném byłoby powtarzać je tutaj. Okazało się więc, że pomimo istnienia sprawy zapalnéj prądy krótkie zawsze są niedostatecznemi dla tylnych części kory mózgowéj.

Dawniéj już wykazał prof. Munk, że napad drgawkowy można wywołać drażniąc obszar ruchowy, ale tylko po użyciu bardzo silnego prądu, a skutek zawisł zapewne od zboczenia prądu z głównéj drogi (Wernicke l. c. s. 239); użyliśmy silniejszych bodźców, aby wywołać taki napad przez zadrażnienie części tylnych. Doświadczenia te dały nam najważniejsze rezultaty, dlatego opiszemy je nieco dokładniéj.

Doświadczenie II. Pies ważący około 5 kilogr.; wstrzyknięto 4 ctgrm. morfinu, odsłonięto prawą połowę mózgu, po 30 minutowéj przerwie nie wywołano drgawek drażniąc przestrzeń wzrokową przy OC=9, CD=30; toż samo po upływie 15 minut przy OC=6, CD=30. Po następujących 15 minutach przy OC=4, CD=30 nie spostrzeżono ani ruchów odnóg ani też mięśni głowy, toż samo przy OC=1, CD=30. Natomiast drażniąc przodkowe części wywoływano drgawki po użyciu bodźców o takiém samém natężeniu jak w doświadczeniu I.

Doświadczenie III. Pies ważący 6·5 kilogr.; wstrzyknięto około 7 ctgrm. morfinu, odsłonięto lewą połowę mózgu i zadrażniono część tylną (przestrzeń wzrokową miejsce *A* Wernickego l. c. str. 210, fig. 70). Stósowanie prądu przy OC=7, CD=60, pozostaje bez skutku. Toż samo z takim samym skutkiem powtarzano jeszcze 4 razy w odstępach 10-minutowych; po użyciu bodźca silniejszego (OC=4, CD=60) widać drgania ucha przeciwległego. Drgania te trwają prawie dopóty, dopóki stósowano prąd a przed ich wystąpieniem zwierzę skomli, tor oddechowy jest nieco przyspieszony. 15 minut późniéj, gdy zwierzę zupełnie się uspokoiło, wywołano napad drgawkowy drażniąc to samo miejsce przy OC=2. CD 60. Przed tym napadem wystąpiły następujące objawy: zrywanie się zwierzęcia, skomlenie i drganie w mięśniu skroniowym przeciętym po téj saméj stronie. Napad drgawek rozpoczyna się jak przed tém od drgań przeciwległego ucha i mięśnia okrę-

[1]) Ponieważ w tych doświadczeniach rozchodzi się jedynie o sumaryczne działanie prądów, zaniechano użycia elektrod niepolaryzujących, jakich użyliśmy w ciągu innéj pracy (*Archives de Physiologie*, 1882), modyfikując nieco elektrody podane przez Heidenheina i Bubnowa.

żnego oka po prawéj stronie, do nich przyłączają się kloniczne drgawki lewego mięśnia okrężnego powiek, jednak bardzo słabe, następnie zaczyna drgać język, przodkowa i tylna łapa po stronie prawéj, drgawki posuwają się na stronę lewą rozpoczynając się w łapie tylnéj przechodzą w drgawki ogólne, które trwają o dwie minuty dłużéj aniżeli działanie bodźca. W 15 minut późniéj powtórzono to samo doświadczenie z takim samym, rezultatem, należy jednak dodać, że po użyciu słabszego bodźca (OC=3, CD=60) spostrzega się tylko kloniczne drgania przeciwległego ucha i oka.

Rezultat powyższego doświadczenia dowodzi słuszności zapatrywania Munka, gdyż okazuje, że aby wywołać napad drgawek od tylnéj części kory, należy użyć tak silnych bodźców, iż o ograniczoném działaniu prądu mowy być nie może. Że ma się tutaj w istocie do czynienia ze zbaczaniem prądu, dowodzi okoliczność, że przed napadem pojawiają się oznaki zadrażnienia opony twardéj i mięśni okolicznych, do których przyłączają się dopiero późniéj drgania mięśni głowy i odnóg. Jeżeli się dokładnie śledzi występowanie drgawek w poszczególnych grupach mięśniowych, widać, że występują one w tym samym porządku, w jakim ośrodki ich są ugrupowane w korze mózgowéj od przodu ku tyłowi. Nadto zdaje nam się usprawiedliwioném twierdzenie, że czasowe drażnienie (CD) nie należy przypisywać większego znaczenia, jak to Unverricht sądzi, (l. c. 233), aniżeli natężeniu prądu (CD). Jeżeli przyjmiemy pewną ilość przerw w pewnym czasie za ilość stałą, to okaże się z naszych powyżéj przytoczonych doświadczeń, że skoro z obydwu składników siły bodźca (OC i CD) jeden np. CD okazał się słabym dla części tylnéj, był pomimo tego zupełnie dostatecznym dla części przodkowéj. Skutki drażnienia nie zawisły tedy od CD, lecz od miejsca zadrażnionego.

Ponieważ zadrażniono w obszarze kory, który nie pozostaje w związku z dolną wiązką podłużną a oprócz tego wskazywały objawy, że opona twarda i okoliczne mięśnie zostały zadrażnione, że przeto istniało zboczenie prądu w rozmaitych kierunkach, należało się zastanowić, jakimby sposobem zapobiedz temu działaniu prądów ubocznych. Aby zagrodzić drogę do dolnych podłużnych wiązek, przedsięwzięto następujące:

Doświadczenie IV. Pies ważący 7·5 kilogr., wstrzyknięto 6 ctgrm. morfinu. Odsłonięto obydwie połowy mózgu pozostawiając mostek kostny wzdłuż zatoki podłużnéj. Drażniąc miejsce *A* obszaru wzrokowego po stronie prawéj wywołano za pomocą OC=4,CD=75, znany napad drgawek obustronnych. W 15 minut późniéj przy tém samém natężeniu bodźca wywołano ponowny napad, a podczas gdy drgania ucha obserwowano, odcięto za pomocą głębokiego cięcia poziomego od tyłu ku przodowi przebiegającego przez środek płatu tylnego. Napad trwał daléj mimo to bez najmniejszéj zmiany i ustaje dopiero w trzy minuty po pojawieniu się pierwszych drgań ucha przeciwległego. 15 minut późniéj zadrażniono takim samym prądem to samo miejsce powierzchni i uzyskano zupełnie taki sam rezultat, jak pierwszym razem. W pół godziny późniéj powtórzono to samo doświadczenie (tj. drażnienie, cięcie i ponowne drażnienie) po stronie lewéj i to znowu z takim samym rezultatem.

Na mózgu stwardniałym w wyskoku widać, że cięcie przebiega po stronie prawéj nieco głębiéj aniżeli po stronie lewéj. Po prawéj stronie przebiega na 1·4 cm. od przodu ku tyłowi, rozpoczyna się tuż pod obszarem wzrokowym w szerokości około 2·5 cm. Po lewéj stronie zagłębia się tylko na 1 cm. a powierzchnia rozkroju ma też samą szerokość co po stronie prawéj. W tym téż rozmiarze istota biała, leżąca poniżéj, oddzieloną jest od warstw powierzchownych.

Doświadczenie powyższe przekonało nas, że głębsze wiązki włókien nie pośredniczą w przenoszeniu drażnienia, gdyż po przecięciu można było wywołać znowu napad kurczowy. Drażnienie rozpościera się więc na powierzchni mózgu, aby jednak dowieść tego bezpośrednio, przedsięwzięto następujące doświadczenie, celem oddzielenia części tylnéj od przodkowéj.

Doświadczenie V. Pies ważący około 5 kilogr., wstrzyknięto 5 ctgrm. morfinu, odsłonięto obydwie półkule mózgowe. Drażniąc przy OC=3, CD=30 środkową część tylnego płatu po stronie prawéj wywołuje się tylko skomlenie i rzucanie się zwierzęcia. Przy OC=2, CD=60 pojawiają się ruchy mięśni odpowiedniéj połowy głowy i kloniczne drgawki przeciwległego ucha, 15 minut późniéj przy OC=1·5, CD=75 toniczne i kloniczne drgawki ucha i oka po stronie przeciwnéj, potem ruchy szczęki, języka, przodkowéj i tylnéj łapy, toż samo pojawia się po drugiéj stronie ciała postępując od dołu ku górze. Drgawki trwają prawie o 2 minuty dłużéj aniżeli drażnienie. W 10 minut późniéj wywołano znowu napad za pomocą OC=1, CD=90. Podczas tego napadu poprowadzono cięcie na 1·5 cm. długie, głębokie na 5 do 6 mm. prostopadle do rowka podłużnego tuż przed przestrzenią wzrokową, napad trwał nadal tak samo jak przed przecięciem. Ranę w korze mózgowéj pokryto hubką i zwierzę ułożono spokojnie aż do ustania krwotoku, co też nastąpiło po 20 minutach. Teraz oczyszczono powierzchnię mózgu ze skrzepów krwi, odjęto hubkę i zadrażniono w ten sam sposób to samo miejsce, tak jak przed przecięciem, wywołano jedynie skomlenie i wycie psa bez jakichkolwiek objawów ruchu. Po 5 minutach pomimo ponownego drażnienia nie wywołano innych objawów przy OC=0, CD=120 [1]). Po dwu godzinach wykonano to samo doświadczenie i przecięcie po stronie lewéj. Oprócz tego doświadczenia pomimo ponawianych zabiegów przekonano się, że cięcie głębokie na 4 do 4·5 mm. poprowadzone w tylnéj części kory mózgowéj nie powstrzymuje napadu już istniejącego; po przecięciu jednak najsilniejsze bodźce, zastósowane na części znajdujące się po za cięciem, nie zdołają wywołać napadu drgawkowego. Wpływ takich bodźców uwydatnia się jedynie przez oznaki zadrażnienia opony twardéj i okolicznych mięśni głowy. Na mózgach takich stwardniałych w wyskoku widać; że po cięciu dochodzacém na 4—6 mm. w głąb a szerokiém na 1·5 lub 1 cm. pozostaje bezskuteczném drażnienie tylnych części, że więc bardzo płytkie cięcia powstrzymują już szerzenie się odnóg prądu. To powstrzymanie dowodzi stanowczo, że kora mózgowa tylnych części nie ma najmniejszego udziału w czynnościach ruchowych, gdyż w przeciwnym razie takie cięcie nie przeszkodziłoby drażnieniu elektrycznemu.

Mechanizm powstrzymania tłumaczymy w ten sposób: Odnogi prądu, które rozchodzą się swobodnie przed przecięciem i mogą wywołać odpowiednią zmianę w składnikach części przodkowéj, dostają się z powierzchni w głąb przez krew po przecięciu wynaczynioną a dobrze przewodzącą. Nie pozostaje tutaj bez wpływu sam mechaniczny zabieg przecięcia włókien asocyjacyjnych, które przebiegają w rozmaitych kierunkach w istocie szaréj kory mózgowéj, jak to wykazał Exner (*Ueber der feineren Bau den Gross-*

[1]) W tém doświadczeniu brał udział prof. Munk.

hirnrinde Sitzungsber. d. wiener Akad. der Wiss. 1881). Te dwie przyczyny a mianowicie krwotok i przecięcie włókien tłumaczą dostatecznie, dlaczego nie występują drgawki po cięciu tego rodzaju. Cięcie nie zapobiega już istniejącemu napadowi, a to z tego powodu, że już przed jego wykonaniem nastała zmiana, w części przodkowéj wywołana odnogami prądu. Istnienia zmiany, która wywołuje napad drgawek, dowodzi również następujące doświadczenie.

Jak wiadomo wycięcie któregokolwiek obszaru ruchowego korowego powstrzymuje napad drgawek, skoro wycięcie wykonano podczas napadu (Munk). Przez ten zabieg powstrzymuje się tedy szerzenie się zadrażnienia i oddala równocześnie okolicę bezpośredniego drażnienia. Ta okoliczność przemawia za samodzielną pobudliwością pewnych okolic kory mózgowéj w częściach przodkowych. Skoro się jednak wykona to samo doświadczenie w którémkolwiek miejscu części tylnéj, napad drgawkowy nie zostaje przerwanym. Za przykład posłuży:

Doświadczenie VI. Pies ważący 5 kilogr., wstrzyknięto około 3 ctgrm. morfinu, odsłonięto obydwie połowy mózgu. Z obszaru wzrokowgo (*A*) wywołano napad drgawkowy za pomocą OC=5, CD=120, który przebył w przeciągu trzech minut wszystkie swoje fazy po obu stronach. W pół godziny późniéj wywołano z tego samego miejsca po stronie prawéj ponowny napad za pomocą bodźca o takiém samém natężeniu. Podczas drgawek klonicznych ucha przeciwległego odcięto małym nożem o ile możności jak największą część przestrzeni wzrokowéj, drgawki zajęły jednak mięsień okrężny powiek, szczękę, język itd. Cały napad nie różnił się wcale od poprzedniego. Po upływie pół godziny; przedsięwzięto to samo doświadczenie po drugiéj stronie z tym samym rezultatem. Odcięte części istoty korowéj mają około 1·5 cm. średnicy i około 5—6 mm. grubości w środku. Cięcia sięgają tedy dosyć głęboko w istotę białą. Widać więc, że modyfikacyja cząstek kory mózgowéj zostaje zmienioną przez odcięcie miejsca zadrażnionego, które należy przeto uważać jedynie za miejsce pośredniczące w przeniesieniu bodźca, nie zaś za stojące w bezpośrednim związku z drgawkami mięśniowemi, jak to ma miejsce w części przodkowéj (t. zw. ruchowéj).

Okoliczność, że bodźce dostateczne do zadrażnienia części przodkowych okazują się słabemi dla tylnych, może niemniéj posłużyć do doświadczalnego wytłumaczenia pewnych klinicznych i anatomo-patologicznych spostrzeżeń, napotykanych w korze mózgowéj. — Wiadomo, że pewne sprawy nowotworowe i zapalne w korze tylnych płatów uchylają się z pod rozpoznania za życia człowieka a sekcyja dopiero odkrywa wybitne zmiany patologiczne, gdy o ich obecności nie świadczyły nawet najmniejsze zmiany w ruchach, przeciwnie w innych przypadkach też same zmiany były przyczyną napadów drgawkowych. — Powyższe doświadczenia, wśród których stósowano takie same bodźce na rozmaite okolice kory mózgowéj, mogą snadnie wytłumaczyć, dlaczego zmiany w mózgu w miarę umiejscowienia raz pozostają bez objawów, innym razem pociągają za sobą całe szeregi objawów. W przypadkach, w których bodziec był za słabym, nie sprowadzała zmiana żadnych zboczeń, w innych przypadkach bodziec potęgował się do tego stopnia, iż przez to nastawała odpowiednia modyfikacyja cząstek w obszarze ruchowym, która objawiała się na zewnątrz zmianami w dziedzinie ruchowéj, klinicznie można i trzeba było wytłumaczyć to tylko przez przypuszczenie szerzenia się zadrażnienia lub téż zbierania i sumowania się niejako jego działania. Na korzyść ostatniego zapatrywania przemawiają zdaniem naszém następujące okoliczności: brak napadu drgawkowego u psa po powierzchownem odcięciu przodkowéj części kory mózgowéj od tylnéj, pomimo drażnienia elektrycznego pierwszéj; powtóre trwanie drgawek po wycięciu miejsca zadrażnionego tylnéj części, jak niemniéj po poziomém odcięciu powierzchownéj warstwy istoty mózgowéj w témże samém miejscu.

W końcu słów kilka o pracy Unverrichta, o ile ona dotyczy typu drgawek i wpływu na nie środków odurzających. Autor sądzi, że drgawki wywołane za pomocą wyciągu piołunowego nie są takiemi samemi jak w padaczce samoistnéj (l. c. s. 184); już dawniéj wykazaliśmy graficznie (l. c. fig. 6), że drgawki występujące w pewnym okresie zatrucia wyciągiem piołunu są drgawkami klonicznemi powtarzającemi się; tak więc wśród rozmaitych warunków mogą różne bodźce wywołać takie same skutki. Wpływ chloralu i eteru łagodzący drgawki jest od dawna znanym. Cyon i inni badacze wykazali, że działanie chloralu równa się chwilowemu usunięciu kory mózgowéj. Jak wiadomo ustają drgawki wywołane strychninem po wstrzyknięciu chloralu; wstrzyknięcie chloralu do krwi znosi drgawki wywołane wyciągiem piołunowym, jak to już wykazaliśmy (l. c. s. 588). To działanie chloralu nie dziwiłoby wcale autora, jak to ma miejsce na stronie 214 jego rozprawy, gdyby mu tylko lepiéj znaną była literatura tego przedmiotu. Przeciwdrgawkowe działanie eteru jest niemniéj znaném od czasu doświadczeń Hitziga, późniéj zaś stwierdzili je doświadczalnie Braun i Albertoni, jakkolwiek Unverricht nie wymienia ich w tém miejscu, gdzie mówi o wpływie eteru na drgawki.

Wszystkie preparaty mózgów i niniejszy szereg doświadczeń okazaliśmy prof. Munkowi, któremu też winniśmy wdzięczność za chętną pomoc w téj pracy użyczoną.

II. Przyczynek do nauki o alkoholizmie.

Napisał prof. **J. Mierzejewski** w Petersburgu.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 3).

Nasamprzód żołądek podlega działaniu téj trucizny; powstaje niesmak, nieżyt, skłonność do nudności i wymioty ranne (*vomitus matutinus*). W wątrobie następuje przekrwienie, a z czasem rozwija się w niéj przewlekła sprawa zapalna. Płuca pozostają w stanie ciągłego rozdrażnienia w skutek wydzielenia wyskoku śród oddechania. Taki stan jest punktem wyjścia następowych przewlekłych chorób tego przyrządu. Czynność serca słabnie z powodu tłuszczowego zwyrodnienia mięśnia a w naczyniach tworzy się skleroza i miażdżyca. Słabnie także i czynność płciowa. Ogólna zamiana materyi staje się powolniejszą (zwalnia się utlenienie, zmniejsza wydzielenie kwasu węglowego przy wydychaniu, i wydzielenie mocznika przez nerki). Zaburzenia tych wszystkich czynności odbijają się na twarzy pijaka i nadają jéj wyraz szczególny. Jedni z nich mają twarz czerwoną i pełną z wydatnemi czerwonemi żyłkami na nosie i policzkach; oczy ich błyszczą a spojówka jest zgrubiałą. Na twarzy i w ruchach uwydatnia się szczególniejsza śmiałość, pewność siebie i niezwykła czelność. Drudzy odznaczają się wzrokiem mdłym, twarzą jakby opuchłą, cery bladéj lub woskowéj, z wyrazem głębokiéj obojętności, przy powolnych, niezgrabnych i niepewnych ruchach. Nakoniec za dalszym rozwojem choroby alkoholicy zwykle chudną, twarz ich przyjmuje

brudno-ziemistą barwę, i widać na niéj wyraz przytępienia, przedwczesne liczne zmarszczki; włosy wypadają; tylko pod wpływem nowych dawek wyskoku lub w chwilach gniewu występuje ożywienie rysów twarzy z objawami zwierzęcego okrucieństwa i niepowstrzymanéj gwałtowności.

Opisane objawy alkoholizmu przewlekłego rozwijają się nie od razu; w przebiegu ich rozwoju można zauważyć pewien związek, następowość i stopniowanie, a skoro dochodzą do pewnéj wysokości swojego rozwoju, wtedy zbiór ich całkowity nazywa się alkoholizmem chronicznym. Rozumie się, że taki obraz kliniczny występuje prędzéj lub późniéj, ale występuje niezawodnie u alkoholika i zależy to od usposobienia dziedzicznego, od sposobu używania napojów wyskokowych, od ich gatunku i ilości, nareszcie od uprzednich chorób mózgowych, które człowiek ten przebył. Lecz jeśli tylko obraz ten kliniczny już istnieje, to oprócz wspomnianych objawów istnieje także usposobienie do ważniejszych zaburzeń w dziedzinie umysłowéj, usposobienie łatwo uwydatniające się pod wpływem najrozmaitszych przyczyn. Dzięki temu alkoholik bardzo prędko podlega niebezpiecznym zaburzeniom umysłowym, nietylko krótkotrwałym, ale i więcéj przewlekłym, pod wpływem przygnębiających moralnych wzruszeń, pod wpływem choroby przypadkowéj, wywołującéj gorączkę lub uszkodzenia głowy, a nawet w skutek nieznacznego powiększenia zwykle używanych dawek wyskoku (i bardzo być może także w skutek nagłego powstrzymania się od napojów wyskokowych). Chorobliwość zależy na tém, iż w chronicznem zatruciu wyskokowém słabnie regulująca działalność ośrodków psychicznych do takiego stopnia, że najmniejsze nawet przyczyny okazują się dostatecznemi dla naruszenia prawidłowości funkcyj psychicznych. Wspomniane przyczyny są najlepszemi odczynnikami ku wykryciu u alkoholika utajonego usposobienia do ważniejszych cierpień psychicznych i jakkolwiek one działają czy osobno, czy wszystkie razem, to wynikiem ich zwykle bywa albo obłęd pijacki w najróżnorodniejszych postaciach, albo tak zwane upojenie chorobowe, albo omamienie z cechą szczególną, albo nakoniec prawdziwe obłąkanie z krótszym lub dłuższym przebiegiem (zaduma, manija, pomieszanie pierwotne itd.) Zastanowimy się tu tylko nad obłędem pijackim i postaramy się podać niektóre nowe fakta, zebrane podczas badania téj choroby. Wreszcie, prawie wszystkie, tak krótkotrwałe jak i przewlekłe, formy psychoz alkoholicznych, rozwijają się z uprzedniego obłędu pijackiego, albo drogą skoncentrowania i usystematyzowania pierwotnych myśli, albo też drogą gwałtownego wstrząśnienia nastroju uczuciowego, wstrząśnienia wywołanego pierwotném bredzeniem i przemieniającego się w następstwie w trwalsze zaburzenia dziedziny uczuciowéj.

Wyjątkowo wszakże zdarza się, jak tego dowodzą niektóre spostrzeżenia, że u pijaków nałogowych gwałtowne, moralne wzruszenie, wstrząs moralny odrazu wywołuje psychozę przewlekłą, bez uprzedniego napadu obłędu pijackiego. Podobną obserwacyję opisał na międzynarodowym Kongresie w Londynie w r. 1880 Dr. Mote. My sami także mieliśmy sposobność widzenia podobnych przypadków. Jeden z takich chorych dotychczas znajduje się w klinice naszéj; należy on do nałogowych pijaków i pod wpływem wieści o wiadoméj katastrofie pierwszego marca 1881 roku uległ psychozie przewlekłéj. W danym razie bez uprzedniego obłędu pijackiego odrazu nastąpił stan manijakalny, który trwa już rok trzeci.

Ostry obłęd pijacki (*delirium tremens*) zdarza się tylko u pijaków chronicznych; wyjątek od tego prawidła stanowi otrucie piołunem, albowiem za jednorazowém i nadmierném jego użyciem może nastąpić napad ostrego obłędu pijackiego. Ta forma choroby najczęściéj powstaje pod wpływem częstego nadużycia wyskoku, w szczególności podczas upałów letnich, lub też w skutek przeziębienia przy silnych mrozach, jak również pod wpływem uszkodzeń lub przypadkowych chorób fizycznych, którym towarzyszy gorączka.

Ostry obłęd pijacki cechuje się nader żywemi sennemi widzeniami, halucynacyjami, ogólném osłabieniem, zmniejszeniem łaknienia, a daléj wstrętem do jedzenia, obfitym potem i gorączką. Najczęściéj choroba pojawia się wieczorem albo w nocy i dochodzi do rozmaitego stopnia natężenia zaczynając od sennych widzeń, bezsenności i spokojnego bredzenia, aż do wybuchów krótkotrwałego szału. Takiemu napadowi towarzyszy trzęsienie, stanowiące jeden z najstalszych objawów choroby, chociaż przyznać należy że najcharakterystyczniejszym jéj objawem jest bredzenie. Napad trwa kilka dni, nawet i tygodni i kończy się długim snem, poczém zwykle samowiedza wraca. Halucynacyje bywają nader różnorodne, zmienne i niekiedy z krótkotrwałych przechodzą w więcéj stałe i stanowią źródło urojeń i bredzeń. Bredzenie stopniowo koncentruje się i utrwala i na takiém tle zarysowuje się wyraźna forma choroby umysłowéj jako obłąkanie pierwotne. W innych razach działanie początkowego bredzenia alkoholika na jego nastrój uczuciowy jest tak silne i reakcyja powstająca w tym nastroju jest tak znaczną i długą, że początkowy napad obłędu pijackiego przetwarza się w prawdziwe obłąkanie melancholiczne lub też w przewlekły stan manijakalny. Ponieważ w klinicznym obrazie ostrego obłędu pijackiego najważniejszą rolę odgrywają widzenia senne, halucynacyje, trzęsienie i gorączka, to wszystkie te obrazy postaramy się opisać szczegółowiéj.

I. Gorączka. W przypadkach obłędu pijackiego, kończących się szczęśliwie ciepłota ciała dochodzi do 38° i nieco więcéj; nader rzadko bywa wyższą. W przypadkach, w których ciepłota w prostnicy w ciągu kilku dni dochodzi do 39° lub też od czasu do czasu podwyższa się aż do 41°, rokowanie bywa nader niekorzystne. Jeśli w takich razach nie ma urazów i innych wpływów chorobowych, przy pomocy których możnaby sobie wytłumaczyć podobne podwyższenie ciepłoty ciała, to taką formę obłędu pijackiego powinniśmy uważać za nader niebezpieczną i zgodnie z Magnanem nazywać *delirium tremens febrile*. Śmierć jest zwykłém zakończeniem téj choroby.

II. Trzęsienie. Trzęsienie prawie zawsze towarzyszy napadowi obłędu pijackiego i jeżeli się okazuje nie we wszystkich mięśniach wolnych lecz tylko w niektórych, to stanowi objaw przechodowy i niegroźny. Jeśli jednakże występuje ono we wszystkich mięśniach i jeśli przytém spostrzega się skurcze w pojedyńczych włókienkach mięśniowych, co daje się czuć wszędzie przy dotykaniu powierzchni ciała, wtedy rokowanie staje się o wiele gorszém, ponieważ taki objaw zdarza się tylko w *delirium tremens febrile*. W téj formie obłędu pijackiego spotykamy nadzwyczajne osłabienie mięśni.

III. Widzenia senne. Wiadomo, że podczas sennych marzeń w samowiedzy śpiącego istnieją wyłącznie obrazy i halucynacyje wzrokowe, obrazy słuchowe zaś nie istnieją. Człowiek śpiący rozróżnia najdelikatniejsze odcienia

kolorów, któremi są ubarwione przedmioty jego wyobraźni, jest obecnym przy rozmaitych zdarzeniach, ale nie słyszy wyrazów wymawianych przez osoby, a tylko zgaduje ich myśli. Wędrując we śnie po cudzych krajach nie słyszy mowy cudzoziemskiej. Jeśli śpiący otrzymuje jakiekolwiekbądź wiadomości lub jest przedmiotem wynurzeń, to i w takich razach nie słyszy on ich, a tylko czyta, albowiem najczęściéj są one wypisane złotemi literami na ścianach lub wyryte na kamieniu. Takie obrazy wzrokowe sennych marzeń zmieniają się bezustannie jak widoki latarni czarnoksięzkiéj; są one nadzwyczaj ruchliwe i śpiącemu zdaje się, że on także wraz z niemi ulega ruchowi. Przyjmuje jak najczynniejszy udział w tych wszystkich wymarzonych przypadkach, w których aktorami zwykle są osobistości do tego najnieodpowiedniejsze. Przebywa największe przestrzenie i znów wraca na to miejsce, zkąd rozpoczął swoją wędrówkę. Zdolność logicznego sądzenia, krytyka faktów i samowiedza wypadają z psychicznéj działalności osoby znajdującéj się pod wpływem sennych widzeń. Najnieprawdopodobniejsze spotkania i zdarzenia nie stanowią dla niego nic nadzwyczajnego, a najzupełniejszy brak związku między ideami, niekonsekwentność i niemożliwość tych wypadków, których on jest widzem i działaczem, nie wywołują u niego najmniejszego zdziwienia. Wszystko, co widzi i czego jest uczestnikiem, tak prędko bieży, że zatrzymać je jest zupełnie niemożliwém; wszystko jest tak ożywioném, że porywa i przykuwa całą jego uwagę, nie dając możności zastanowienia się i poddania otrzymanych wrażeń należytéj krytyce.

Napad obłędu pijackiego zaczyna się zawsze od sennych widzeń i bardzo często są one jedynym tego napadu objawem; w takich razach widzenia trwają sześć do ośmiu nocy, jednym ciągiem, dochodzą do znacznéj siły i nikną. W sennych widzeniach alkoholików można upatrywać minimalne obostrzenia alkoholizmu chronicznego. Mają one zwykle cechę nieprzyjemną, groźną. W silniejszych napadach obłędu pijackiego, kiedy u chorego zjawia się bredzenie i w ciągu dnia, senne widzenia mają z tém bredzeniem wiele wspólnego; co więcéj, dzienne bredzenie rozwija się niekiedy na tle sennych widzeń i stanowi dalszy ich ciąg, wyższy stopień rozwoju. Chory wikła rzeczywistość z widzeniami i w takich razach samowiedza jego nie rozróżnia pierwszéj od ostatnich.

IV. H a l u c y n a c y j e w obłędzie pijackim mają charakter sennych widzeń; sąto też same widzenia tylko na jawie: taż sama ruchliwość, zmienność i różnorodność są im właściwe i cechujące takowe. Szybkość ich powstawania i znikania, zmienność ich fantastycznych zarysów, przykry ich widok do takiego stopnia przykuwają i pochłaniają uwagę chorego, tak silnie powstrzymują psychiczną działalność, że człowiek nie jest w stanie zatapiać się w szczegółach swoich omamów, pomyśleć i poddać ich rozbiorowi krytycznemu. Dla tego też alkoholikowi pozostającemu w stanie obłędu pijackiego zupełnie tak samo jak człowiekowi we śnie zdają się możliwemi najdziwaczniejsze spotkania, najnieprawdopodobniejsze zdarzenia, najoryginalniejsze widoki; porwany przez te wrażenia, poświęciwszy im całą swoją uwagę, alkoholik bierze je za podstawę dla swoich postępków.

Halucynacyje zdarzają się u alkoholików we wszystkich przyrządach umysłowych. Jako treść i tło tych halucynacyj występują codzienne zajęcia chorego, a mianowicie te wrażenia, pod wpływem których pozostawał w ostatnich czasach. Zawsze jednakże zachowują one nieprzyjemny koloryt i w chorobliwéj wyobraźni alkoholika przeważa to, co straszne i bolesne. Ruchliwość halucynacyjnych widzeń i idei chorego odbija się w jego postępkach prędkich, gwałtownych jakby nieskończonych, nieobmyślanych, przyjmujących postać błagania o przebaczenie, obrony lub napaści. Omamy zmysłów u alkoholików przedstawiają stopniowanie zaczynając od najprostszych rozdrażnień odpowiednich organów, od najprostszych iluzyj do nader skomplikowanych psychicznych objawów, będących wcieleniem tych uczuć i myśli, które alkoholika poruszają. Postaramy się bliżéj rozpatrzyć się w tém, co tak trwoży osoby w stanie obłędu pijackiego pozostające, we wszystkich urojonych wrażeniach, które go niepokoją. Chory widzi iskry, płomyki, świecące się pręciki, złote tabliczki, ogniste kręgi i różnokolorowe kropki Punkcik przemienia się w płomień, ten ostatni przyjmuje postać słupa dymu, z którego spadają setki owadów, świecących się muszek itp. Zdaje mu się, że go napadają rozmaite zwierzęta, albo zbójcy; jest świadkiem najstraszniejszych scen, widzi się otoczonym kotłami z buchającym płomieniem; przed oczami stają mu szafoty, kobiety nagie, pochody pogrzebowe, całe wozy napełnione trupami lub szkieletami idą przed nim procesyją; słyszy szum, świst, odgłos dzwonów, jęki, przekleństwa, brzęk łańcuchów, rozmaite szepty, których nie może dosłyszeć, wymyślania, groźby i obwinienia skierowane przeciwko jego czci, moralności itp Czuje najnieprzyjemniejsze zapachy, duszące gazy, gorejącą siarkę, gnijące trupy itp. Miewa poczucia smakowe wstrętne, smakowanie trucizn roślinnych i metalicznych. W wyobrażeniu chorego są one przedmiotem najstraszniejszych mąk i udręczeń; zdaje mu się, że wbijają nóż w jego ciało, zlewają je gorącą stearyną, roztopionym ołowiem, że skórę szarpią szczypcami, że tysiące owadów pełzając po nim tnie go niemiłosiernie, że robactwo toczy jego ciało, kawałkami odpadające, że mnóstwo much, komarów, pająków dostaje się do nosa, ust i innych otworów ciała, że wpada do wody i pływa, lub też spada w przepaść.

Badając ściśle złudzenia i objawy alkoholików, oraz warunki ich powstawania i rozwoju, dochodzi się do nader zajmujących szczegółów. Wiele z tych złudzeń pochodzi najprawdopodobniéj od drżenia mięśnia Brückego, które ma miejsce wspólnie z trzęsieniem spostrzeganém w innych mięśniach. Jeśli chory wpatruje się w jaki przedmiot, to takowy podczas stosowania nań oka ulega wahaniu się swych rozmiarów i bądź zwiększa się przybliżając, bądź też zmniejsza oddalając się, co zależy od większego lub mniejszego stopnia skurczu mięśnia Brückego. Prawdopodobnie w związku z drżeniem rzeczonego mięśnia u opilców jest złudne spadanie przedmiotów, w które się wpatrują. Zapuszczając do oka takich chorych ezeryn, i czyniąc tym sposobem źrenicę ich mniej ruchliwą, zmniejszamy złudzenia w znacznym stopniu. (G a ł ę z o w s k i).

Inne złudzenia opilców podług wszelkiego prawdopodobieństwa zależeć muszą od wysokiego stopnia wrażliwości na barwy, jakiéj ulegają chorzy na obłęd pijacki w pierwszym okresie. Przedmioty, na które patrzą, wydają się im w pysznych barwach, błyszczą świetnym kolorytem, a wrażenia powidokowe dłużéj utrzymują się na siatkówce. Ta wrażliwość na barwy, silne i przydłuższe ich odczucie usposobiają opilca do barwnych złudzeń; jeśli mu każemy patrzeć na gładką czerwoną powierzchnię, a następie skierujemy jego wzrok na żółty papier, to ten przedstawi mu się w zabarwieniu czerwonopomarańczowém. Wrażliwość na barwy i dłuższa trwałość powidoków cechują tylko pierwszy okres obłędu

pijackiego; w następnych to odczucie nietylko słabnie, lecz powstaje barwoślep; okoliczność ta tłumaczy, dla czego cierpiącym na obłęd pijacki wydają się często twarze osób otaczających trupio-blado-żółtemi; złudzenie takie może stać się źródłem urojeń, i w tym względzie chorzy tacy przypominają histeryczki, które czasem tracą chwilowo zdolność odczuwania niektórych barw.

Chorzy na obłęd pijacki posiadają w wysokim stopniu zdolność uzupełniania linij widzianych przedmiotów kształtami własnéj wyobraźni; najmniejszy fałd, deseń na obiciu ściany, szczelina itd. zamienia się w ich wyobraźni na postacie dziwne; wystarcza, aby do świadomości chorego doszły ze świata rzeczywistego tylko słabe podniety, to reszty dopełnia chorobliwa jego twórczość; objaw ten tak jest wybitny, że chorzy wykształceni, po powrocie do zdrowia, opowiadali mi, że przebywając w izbach, których ściany miały jasne i gładkie obicie, mniej cierpieli na złudzenia; natomiast przeniesieni do sal z różnokolorowemi i wzorzystemi obiciami w rażących kolorach, z płaskorzeźbami itp., stawali się niespokojnymi w skutek przyrostu złudzeń, powtarzających się w tém nowém otoczeniu. Złudzenia takie dręczą i w innych cierpieniach, np. w durze, przy czém nieraz świadomość zupełnie jest utrzymaną. Jeden z kolegów opowiadał mi, że cierpiąc na dur leżał w pokoju, który miał piec o szarych kaflach, na których pomalowane były obrazy żółtą farbą; ile razy chory spojrzał na ten piec, przedstawiały mu się dziwaczne maski, karły, i t. d. Wysilając zmysł, ażeby rozpatrzyć się w tém zjawisku, chory nie tracił go, a spostrzegał natomiast rytmiczny ruch widzianych postaci; dotykając własnego tętna mógł on stwierdzić, że ruch torowy jego złudnego obrazu był jednoczesnym z falą jego tętna. Czując chorobowe pochodzenie tych złudzeń, starał się ten chory badać je. Złudzenia powstawały przeważnie zrana, kiedy piec był silnie oświetlony, w zmierzchu wieczornym chory był od nich wolny.

Złudne wrażenia cierpiących na obłąd pijacki przedstawiają ten zajmujący szczegół, że podmiotowe omamy rzucone na zewnątrz w przestrzeń zlewają się w jedno z wrażeniami zewnętrznemi odczutemi w tym samym czasie drogą zmysłów; wrażenia te nadają chorobliwemu wytworowi, tj. złudzeniu: *a*) pewne wymiary, *b*) barwę i tło, *c*) wreszcie pewne umiejscowienie. Twierdzenie powyższe opiera się na następujących faktach:

a) Dr. Sander przytacza przypadek młodego wykształconego człowieka, cierpiącego na obłąd pijacki, który w złudzeniach swych widywał krajobrazy, ludzkie postacie itd. Jeśli te przywidzenia pokazywały się choremu w znacznéj odległości, rozmiary widzianych postaci i przedmiotów były o wiele mniejsze, aniżeli jeśli omamy przedstawiały się z bliska, p. na ścianach jego izby. (W. Sander: *Zwei Fälle von Delirium potatorum. Archiv f. Psychiatrie* Bd. I. p. 487). W tym przypadku rozmiary złudnych obrazów rzuconych na zewnątrz zależały od stopnia skurczu mięśni służących do stosowania oka, w miarę odległości przedmiotów, a więc i od stopnia wrażeń doszłych do umysłu. Wrażenia te stały się następnie źródłem dalszych rozumowań, opartych na poprzedniem doświadczeniu, a w następstwie których rodziło się później wyobrażenie o rozmiarach złudzonego obrazu, powstałego w wyobraźni. (C. d. n.).

III. Przyczynek do nauki o leczeniu ran.

Podał prof. **J. Mikulicz** w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 3).

TABLICA I.

	Operacyje	Ilość: w klinice	Ilość: po za kliniką	Ilość: Razem	Przebieg: prawidłowy	Przebieg: zaburzony	Wynik: wyleczenie	Wynik: śmierć	UWAGA
Operacyje na kościach i stawach	Amputacyje niekomplikowane (4 amp. uda, 4 podudzia [1]), 3 ramienia, 1 przedramienia)	12	—	12	11	1	12	—	W jednym przypadku znaczniejsza zgorzel płatu i dość rozległe ropienie.
	Wyłuszczenie palców	4	1	5	5	—	5	—	
	Resekcyje większych stawów (1 staw biodrowy, 2 razy kolanowy, 2 razy łokieć, 2 resekcye osteoplastyczne stopy)	6	1	7	6	1	5	—	2 przypadki prawie już wygojone leżą jeszcze w klinice.
	Osteotomije	3	1	4	4	—	4	—	
	Złamania komplikowane (Leczenie konserwatywne) [2])	1	1	2	2	—	1	—	Jeden przypadek leży jeszcze w klinice i ma się zupełnie dobrze.
	Rozległe wyskrobanie stawów dotkniętych zapaleniem gąbczastém	13	1	14	13	1	12	—	2 z czysto granulującą raną w klinice.
	Sekwestrotomije	10	—	10	10	—	10	—	
	Razem	49	5	54	51	3	49	—	5 przypadków na wyleczeniu w klinice.
Wyłuszczenie nowotworów	Wyłuszczenie wola (5 razy całkowite)	7	2 [3])	9	9	—	9	—	
	Amputacyje sutka (11 z wyłuszczeniem gruczołów pachowych)	9	5	14	13	1	13	1	Przyp. śmierci z powod. zatr. sublimatem.
	Wyłuszczenie innych większych nowotworów	33	9	42	37	4	41	1	Śmierć w 14 g. po oper. z niedokrewn.
	Razem	49	16	65	59	5	63	2	
Inne operacyje	Cięcie radykalne hydrokeli	2	—	2	2	—	2	—	
	Podwiązanie tętnicy szyjnéj	2	—	2	2	—	2	—	
	Resekcyje nerwów	2	2	4	3	—	3	1	Chory ze zlepioną per primam raną (wycięcie n. mandibularis według Sonnenburga) zmarł 6. dnia z zapalenia płuc (po za kliniką).
	Zeszycie nerwów	3	—	3	3	—	3	—	
	Operacyje plastyczne (na twarzy i odnogach)	16	3	19	19	—	19	—	
	Razem	25	5	30	29	—	29	1	
	Razem	123	26	149	139	8	141	3	5 chorych na wyleczeniu w klinice.

[1]) Chory jeden z powodu zgorzeli starczéj po za kliniką w septycznym stanie amputowany, umarł wskutek wyniszczenia w 8 tygodni z raną prawie zagojoną.

[2]) W przypadku złamania czaszki komplikowanego, gdzie trepanowano po za kliniką wobec ropienia i porażenia połowiczego, nastąpiło wyleczenie zupełne. Dwa przypadki resekcyi (raz w stawie skokowym, raz w ciągłości kości goleniowéj). Z powodu złamania skomplikowanego wykonane już podczas ropienia i gorączki zupełnie wyleczone.

[3]) W szpitalu św. Łazarza.

TABLICA II.

Operacyje	Ilość: w klinice	Ilość: po za kliniką	Ilość: Razem	Przebieg: prawidłowy	Przebieg: zaburzony	Wynik: wyleczenie	Wynik: śmierć	UWAGA
Wycięcie języka	5	—	5	5	—	5	—	Zawsze z jedno- lub obustronném podwiązaniem tętnicy językowéj a względnie z wyłuszczeniem gruczołów.
Resekcyje szczęki górnéj (2 razy cała połowa szczęki 2 razy część)	4	—	4	4	—	4	—	
Resekcyje szczęki dolnej (jednej połowy)	2	—	2	2	—	2	—	
Operacyje polipów nosopołykowych (raz pętlą galwanokaustyczną 2 razy metodą Gussenbauera)	3	—	3	3	—	3	—	
Wyłyżeczkowanie Rhinoskleromatu z jamy nosa	3	—	3	3	—	3	—	
Rak w okolicy migdałka (Pharyngotomia)	—	1	1	1	—	1	—	
Wycięcie kiszki stolcowéj zawsze rozległe, 2 razy z otwarciem jamy otrzewnowéj	4	1	5	4	1	3	—	2 na wyleczeniu w klinice.
Operacyje krwawnic (odpalenie termokauterem)	9	8	17	17	—	17	—	
Rozległe przetoki odbytnicy	5	1	6	6	—	6	—	
Amputacyje prącia (3 razy termokauterem raz nożem w części błoniastéj, raz erasekrem)	4	1	5	5	—	5	—	
Uretrotomia zewnętrzna [1])	1	—	1	1	—	1	—	
Cięcie kamienia (boczne)	1	—	1	1	—	1	—	
Wycięcie całkowite macicy przez pochwę z powodu raka	5	2[2])	7	7	—	7	—	
Wycięcie częściowe macicy przez pochwę	3	2[3])	5	5	—	5	—	
Wyłuszczenie włókniaków macicy przez pochwę	1	2	3	3	—	3	—	
Przetoka pęcherzowo-pochwowa	6	—	6	6	—	6	—	Zawsze zupełne wyleczenie per primam.
Przetoka pochwowo-odbytnicowa	1	—	1	1	—	1	—	Zupełne wyleczenie per primam.
Razem	57	18	75	74	1	73	—	2 przypadki na wyleczeniu w klinice.

Do tablic wyż podanych mam tylko dodać kilka krótkich objaśnień. Operacyje objęte temi tablicami wykonano w czasie od 8go października 1882 do 8go stycznia 1884. Ponieważ w czasie wakacyj letnich klinika prawie przez 3 miesiące była zamkniętą, przeto obejmują one mniéj więcéj okres 12tu miesięcy. Przebieg rany nazwano „prawidłowym", jeżeli gojenie odbywało się zupełnie bezgnilnie, i, gdzie stosunki mechaniczne na to zezwalały, przez bezpośrednie zlepienie się. Wyraz „zaburzony" oznacza wszelkiego rodzaju powikłania w gojeniu się ran. Najczęściéj było to zapalne obrzmienie rany połączone z ropieniem. „Wyleczony" odnosi się tylko do przebiegu rany a nie do głównego cierpienia. Niektórzy chorzy z wyskrobaniem stawów, dotkniętych zapaleniem gąbczastém, i największa część chorych ze sekwestrotomiją opuściła klinikę z raną jeszcze brodawkującą.

Pierwsza tablica obejmuje naprzód 49 operacyj a względnie ran na kościach i stawach, obserwowanych w klinice. Wszystkie wyleczone. 46 razy przebieg był prawidłowym, 3 razy zakłócony przez ropienie, które w 2ch przypadkach poprzedzało lekkie zapalenie ropne tkanki łącznéj a względnie ograniczone zapalenie kości i szpiku kostnego.

W drugiéj rubryce umieszczono 49 operacyj wyłuszczenia nowotworów, pomiędzy temi 7 operacyj wyłuszczenia wola i 9 przypadków amputacyj piersi (7 razy z wyłuszczeniem gruczołów pachowych). Z tych 49 chorych 47 wyleczono a 2 umarło. Raz nastąpiła śmierć w skutek zatrucia sublimatem [4]) raz w skutek niedokrewności powstałéj po wyłuszczeniu rozległego, mocno unaczynionego mięsaka powyżéj obojczyka, która to operacyja była połączona ze znaczną utratą krwi. Chora ta zaraz po operacyi była prawie bez tętna i umarła w 14 godzin wśród wzmagającego się zapadu. Przebieg w 47 wyleczonych przypadkach był prawidłowy 43 razy, 4 razy zaburzony a mianowicie raz przez różę a 3 razy przez zwykłe ropienie.

Wszystkie 25 przypadków 3éj kategoryi wygoiły się bez zaburzenia (jeden przypadek śmierci dotyczy chorego leczonego poza kliniką, który umarł 6go dnia w skutek zapalenia płuc). Na 123 przypadków operowanych w klinice przebieg gojenia się ran był przeto 8 razy zakłócony a 2 razy nastąpiła śmierć, ale nie w skutek zakażenia rany.

Druga tablica obejmuje 57 przypadków klinicznych, w których wykonano po największéj części znaczniejsze operacyje w jamie ustnéj, nosowéj, połykowéj, w kiszce stolcowéj i w narządzie moczopłciowym. Przebieg ran był zawsze prawidłowy wyjąwszy jeden przypadek, w którym powstało znaczniejsze ropienie z gorączką; operowani opuścili wszyscy klinikę jako wyleczeni wyjąwszy 2ch, którzy jeszcze obecnie znajdują się w klinice, ale już mogą uchodzić za wyleczonych.

Zestawiwszy obie tablice razem, mamy 180 operacyj z wyleczeniem w 178 przypadkach (jeżeli się zalicza tu przypadki znajdujące się obecnie jeszcze w klinice, gdzie dalszy przebieg już nie może ulegać wątpliwości).

Słusznie możnaby mi zarzucić, że te 2 tablice dotyczą tylko operacyj wybranych a tém samém nie dozwalają na pewne ocenić stosunków ogólnych gojenia się ran w klinice. Dlatego jeszcze dodam kilka uwag: Z właściwych chorób przyrannych wystąpiły wśród tego czasu następujące: tylko 1 przypadek róży przyrannéj (już wyżéj wspomniany i w pierwszéj tablicy umieszczony). Było to wyłuszczenie raka licowego u kobiety 60-letniéj. Róża wystąpiła 3go dnia i znikła po 4ch dniach. Muszę tu jednak nadmienić, że w tym przypadku nie oczyszczono należycie pola operacyjnego w okolicy oka przed operacyją 5% kwasem karbolowym;

[1]) Jeden przypadek rozległéj infiltracyi moczowéj i ogólnéj sepsis operowany poza kliniką zakończył się w 8 dni śmiercią.
[2]) Jeden przypadek w szpitalu św. Łazarza, drugi w klinice prof. Madurowicza.
[3]) Jeden przypadek w szpitalu św. Łazarza.
[4]) Przypadek ten późniéj będzie dokładniéj opisany.

punktem wyjścia róży był prawdopodobnie brud nagromadzony w okolicy rany. (Drugi przypadek róży, który się zdarzył w klinice, nie był w związku z żadną raną. Róża wystąpiła tu u chorego, u którego wykonano zeszycie nerwów na przedramieniu, na kolanie po lekkiém zdarciu przyskórka bez szkodliwego wpływu na ranę).

2. Sepsis ogólna 4 razy sprowadziła śmierć jako septyczne zapalenie otrzewny; raz po herniotomii, gdzie punktem wyjścia była kiszka uwięźnięta (3 inne hernijotomije wyleczone), raz po wycięciu kawałka kiszki grubéj z powodu raka (zgorzel brzegów jelita i perforacyja, przypadek opisany w Przegl. Lek.), raz po kolotomii wykonanéj z powodu raka odbytnicy (po 14to-dniowym prawidłowym przebiegu rak na granicy pomiędzy prostnicą a *S romanum* przebił się do jamy otrzewnowéj i wywołał ostre zapalenie otrzewny, które po 3ch dniach zakończyło się śmiercią); wreszcie raz po laparotomii wykonanéj z powodu niedrożności jelit w przypadku, w którym już istniało septyczne zapalenie otrzewny. We wszystkich tych 4ch przypadkach zakażenie otrzewny z pewnością nie nastąpiło od zewnątrz.

Ropnicy i tężca wśród tego czasu w klinice wcale nie obserwowano.

Z przytoczonych dat wynika więc, że z chorych operowanych podczas pierwszych 12tu miesięcy w klinice żaden nie umarł w skutek zakażenia rany od zewnątrz (*Contact-infection*). Na 180 przypadków objętych obiema tablicami gojenie się ran 169 razy (95%) było aseptyczne, 9 razy (5%) było zaburzone, ale zakończyło się wyleczeniem; 2ch chorych umarło, ale nie w skutek zakażenia rany.

Przyznaję wprawdzie, że nie można zestawiać materyjału mojéj kliniki co do miejsca ograniczonéj z materyjałem innych klinik większych. Ze względu jednak na niekorzystne warunki higijeniczne nabywa on znaczenia. Wyniki te można uważać za bardzo pomyślne, i choć przytoczone cyfry są bardzo nie wielkie, to przecież zdaniem mojém dowodzą one, jak tego żądają zwolennicy rozpylacza, że mgła karbolowa jest zbyteczną nawet wśród niepomyślnych warunków higijenicznych, a raczéj, że można ją zastąpić zwykłą irygacyją rany. (C. d. n.)

IV. O leczeniu oderwania siatkówki i jego wynikach w klinice okulistycznéj Uniw. Jagiell.

Skreślił prof. Dr. Rydel.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2).

Jak z tego pobieżnego przeglądu widać rzadkim był w ostatnich kilkunastu latach rok, któryby się jakimś nowym pomysłem w leczeniu oderwania siatkówki nie zaznaczył. Już ta ich mnogość naprowadza mimowoli na wniosek, że żaden z podawanych środków nie odpowiedział oczekiwaniom, chociaż one już ze względu na przyrodę cierpienia muszą być skromne. Jakkolwiek nie ma pomiędzy niemi ani jednego, o którym ojcowskie przywiązanie autora nie byłoby umiało powiedzieć czegoś mniéj lub więcéj pochlebnego, to przecież zaledwie część ich zjednała sobie wzięcie i to częstokroć tylko ograniczone i przemijające. A jeżeli sporo z nich nie znalazło nawet naśladowców, to przyczyną tego nie była tylko sama mnogość, wprawiająca w istny kłopot, lecz głównie zuchwałość pomysłów, nie licząca się częstokroć z prawami przyrody.

Cały ten zastęp środków podzielić można na dwie gromady. Do pierwszéj należą wszystkie te, które za pomocą operacyi, do drugiéj te, które bez niej do zamierzonego celu zdążają. Z pomiędzy pierwszych trzy cieszyły się krótszém lub dłuższém uznaniem i znalazły mniéj lub więcéj licznych zwolenników, a mianowicie:

a) Przekłówanie siatkówki według Graefego, o którego losach już wyżéj była mowa.

b) Zawłoka Weckera znalazła dość licznych naśladowców mimo z góry przewidywanego niebezpieczeństwa groźnego zapalenia ciałka rzęskowego i naczyniówki w oku operowaném, a nawet obawy współczulnego cierpienia drugiego oka. Wcale nieświetne, a zwłaszcza nietrwałe jéj wyniki (Cohn 1879), a bardziéj zapewne jeszcze przypadki ropnego zapalenia naczyniówki, które Just (1877) i Higgens (1879) ogłosili, zniewoliły samego autora do odstąpienia od téj operacyi, obecnie od lat już kilku zupełnie porzuconéj.

c) Proste przekłówanie twardówki z wypuszczeniem cieczy podsiatkówkowéj, zalecone pierwotnie przez Sichla, a wznowione z małą odmianą napowrót przez Alfreda Graefego (1877), jest obecnie niemal jedynie stosowanym, w każdym zaś razie najbardziéj rozpowszechnionym zabiegiem operacyjnym. Wzięcie swoje zawdzięcza ta operacyja nie tyle przypadkom zupełnego i trwałego wyleczenia, bądź co bądź rzadkim, ile raczéj téj okoliczności, że w sposób prosty a od niebezpieczeństwa wolny sprowadza dość często pewien stopień polepszenia i powstrzymuje, niekiedy trwale, dalszy upadek wzroku. Inne sposoby operowania nie osiągają więcéj, a połączone są w każdym razie z większém dla oka niebezpieczeństwem.

Chwilowe przylgnięcie siatkówki podczas operacyi i jakiś czas po niéj następuje po każdym sposobie operowania zapewne dość często, a jeżeli mimo to wyleczenie trwałe wydarza się w ogólności stosunkowo rzadko, przypisać to potrzeba téj okoliczności, że żaden ze znanych dotąd sposobów operacyjnych nie odpowiada wszystkim wskazaniom. Ażeby bowiem nastąpić mogło trwałe zrośnięcie się siatkówki z naczyniówką, nie dość jest, żeby operacyja sprowadziła zetknięcie się obu tych błon, lecz potrzeba nadto, żeby ich nowy wysięk cieczy nie oddalił napowrót od siebie. Do nowego zaś wypocenia i zebrania się cieczy pomiędzy siatkówką i naczyniówką usposabiają już przyczyny pierwotnego oderwania, to jest zmiany chorobowe w głębszych częściach oka, a przyznać trzeba, że już samo zadrażnienie przez operacyję, a nierównie bardziéj jeszcze i głównie obniżenie ucisku śródocznego, połączone z odpływem cieczy podsiatkówkowéj, przyczynia się do tego w wysokim stopniu. Ani ucisk wywierany na oko już podczas operacyi, ani natychmiastowe założenie opaski uciskowéj po jéj wykonaniu nie zdołają zapobiedz temu w sposób dostateczny. Przypuściwszy więc utrzymaną jeszcze skłonność do zrośnięcia się obu od siebie oddzielonych błon, liczyćby można z większém podobieństwem do prawdy na pomyślny wynik tylko po takiéj operacyi, któraby z jednéj strony umożliwiła ich zetknięcie się z sobą, z drugiéj zaś strony zapobiegała ponownemu wysiękowi cieczy, a przynajmniéj nie ułatwiała jego powstania przez obniżenie ucisku śródocznego. Obu tym wskazaniom operacyja musiałaby nadto odpowiedzieć w sposób nienarażający oka na niebezpieczeństwo zbyt ciężkiego, czy to mechanicznego czy chemicznego urazu.

Przekłócie siatkówki według Graefego czyni zadość obu powyższym wskazaniom i odpowiadałoby warunkom zadania, gdyby nie zranienie ciałka szklanego, sprowadzające często-

kroć groźne następstwa, o których wyżéj była już mowa, tudzież niebezpieczeństwo oderwania siatkówki w większéj jeszcze rozległości przez igiełkę lub nożyk, którym ją przeciąć zamierzamy.

Wiele z pomiędzy wymienionych pomysłów operacyjnych kusi się widocznie o spełnienie obu w mowie będących wskazań, ale żaden z nich nie odpowiada wszystkim warunkom dobréj operacyi, a niektóre z nich mimowoli prawie przypominają słowa bajki Krasickiego:

„Więc do pałki, jął machać, nie myślawszy wiele,
Zamiast wilka, co uciekł, zabił swoje ciele".

Środki niechirurgiczne, stanowiące drugą gromadę, są o wiele mniéj liczne. Do leków przeciwzapalnych, odciągających i t. d., zdawna używanych, przybyło tutaj w nowszych czasach tylko leczenie za pomocą opaski uciskowéj w połączeniu z leżeniem wznak, tudzież wstrzykiwania podskórne pilokarpinu.

Podczas gdy pomysły operacyjne, mnożąc się nad miarę spychały się, że tak powiem, nawzajem z widowni, to mniéj liczne środki niechirurgiczne zdołały zjednać sobie trwalsze wzięcie, którém się dotąd jeszcze cieszą.

Ze środków, o których mowa, nawet dawne leczenie za pomocą leków przeciwzapalnych, jak miejscowe upuszczenia krwi, przetwory jodu i rtęci, mianowicie wcierania szaruchy, stosujemy jeszcze i obecnie z korzyścią tam, gdzie przyczyną oderwania są wybitne sprawy zapalne, osobliwie w naczyniówce.

Opaska uciskowa i spokojne leżenie wznak mogą w przeciągu kilku tygodni, a nawet już po 8 do 14 dniach, sprowadzić przyrośnięcie oderwanéj siatkówki, jak to niewątpliwe spostrzeżenia stwierdzają. Przypadki tego rodzaju nie są wprawdzie zbyt liczne, dowodzą one jednak w każdym razie, że ucisk, podobnie jak w innych okolicach ustroju może też i w oku wywrzeć wpływ zbawienny na wessanie wysięków chorobowych. To też nie brak i teraz jeszcze okulistów, którzy ten sposób leczenia zalecają, dając mu pierwszeństwo przed innemi, a mianowicie przed leczeniem chirurgicznem. Główne jednak zastosowanie znajduje opaska uciskowa w połączeniu z leżeniem wznak po wykonaniu operacyi, jako nieodzowna część leczenia chirurgicznego, które uzupełniają i skutecznie wspierają, tudzież podczas leczenia za pomocą wstrzykiwań pilokarpinu.

Liczne doświadczenia przedsiębrane w różnych chorobach oka, zwłaszcza głębszych jego części, osobliwie zaś w zapaleniach jagodówki przekonały, że wstrzykiwania podskórne pilokarpinu należą do najdzielniejszych środków podniecających chłonienie, jakiemi w ogólności rozporządzamy. Nieocenionym, a w działaniu swojém prawie niedoścignionym okazał się mianowicie pilokarpin w leczeniu wysięków surowiczych i krwotoków śródocznych, zwłaszcza do ciałka szklanego, tudzież jego zaćmień różnego rodzaju. Zbawienne skutki osiągnięte w tych cierpieniach usprawiedliwiały oczekiwanie, że pilokarpin okazać się może środkiem przydatnym także w leczeniu oderwania siatkówki, ile że pozbawiając ustrój w krótkim czasie bardzo znacznéj ilości wody przez wzniecenie silnych potów i obfitego ślinienia zdoła sprowadzić wessanie cieczy podsiatkówkowéj, a skutkiem tego przyrośnięcie oderwanéj siatkówki. Oczekiwania te nie zawiodły, a jakkolwiek stosunkowo niedawno, bo dopiero w ostatnich trzech lub czterech latach rozpowszechniło się bardziéj używanie pilokarpinu w leczeniu téj choroby oka, to przegląd odnośnego piśmiennictwa wykazuje przecież wcale pokaźny poczet przypadków, w których już to znaczne, a częstokroć trwałe polepszenie (Fuchs, Landesberg, Lewkowicz, Higgens, Keown), już też zupełne wyzdrowienie osiągnięto (Ramorino, Landesberg, Cywiński, Schröder po jednym, Dianoux cztery, Martini 5 przypadków).

Jednym z najgorętszych zwolenników pilokarpinu w leczeniu oderwania siatkówki jest prof. Dianoux z Nantes. Na posiedzeniu sekcyi okulistycznéj międzynarodowego zjazdu lekarskiego w Londynie w roku 1881 mówił on o swoich w téj mierze doświadczeniach, a przytoczona przez niego statystyka wykazuje na 16 przypadków, leczonych tylko wstrzykiwaniem azotanu pilokarpinu,

zupełne wyleczenie	4	razy
prawie „ „	3	„
polepszenie	8	„
bez skutku przypadek	1	

Ten sam autor stosując dawniej inne środki wyleczył tylko 1 z 30 przypadków.

Opierając się na tych niezwykle pomyślnych wynikach Dianoux zaleca gorąco pilokarpin. Nie uważając go bynajmniéj za lek swoisty przeciw oderwaniu siatkówki daje mu przecież stanowczo pierwszeństwo przed leczeniem chirurgicznem, które tylko w przypadkach ciężkich i uporczywych stosować radzi, tudzież przed leżeniem wznak, które za mękę uważa. Wstrzykuje on pilokarpin (rozczyn *pilocarpini nitrici* 0·20 na 4·0, z tego 5, 10, do 15 kropli, stosownie do ustroju chorego) na czczo, na 1—2 godzin przed śniadaniem codziennie przez 10 do 15 dni, poczém następuje przerwa 10 do 15 dni, po któréj znów przez 10 do 15 dni wstrzykiwania itd. aż do zupełnego wyleczenia, lub osiągnięcia trwałego polepszenia. Całe leczenie trwać winno przynajmniéj trzy miesiące, a być powtórzone za pojawieniem się najmniejszego pogorszenia.

Martini z Rzymu zabrawszy głos w rozprawie podał, że z 12 przypadków leczonych pilokarpinem wyleczył 5, w 2 osiągnął polepszenie trwałe, w 2 polepszenie trwające tylko trzy miesiące, w 3 nie było żadnego skutku. Georges Martin z Bordeaux oświadczył, iż nie miał tak pomyślnych wyników w 8 przypadkach leczonych pilokarpinem.

Mac Keown, który jak się wyraża, przyjął z niedowierzaniem świetne wyniki ogłoszone przez Dianoux, przyznaje (1882), że potwierdzić je może z własnego doświadczenia. Moje własne doświadczenia przemawiają również za skutecznością tego środka w leczeniu oderwania siatkówki, jak się to w dalszym ciągu okaże. (C. d. n.).

V. Oceny i sprawozdania.

Prof. E. Bergmann: **O operacyjach na gardzielu.** Podług wykładu w Tow. lek. berlińskiém.

(Dokończenie. Patrz Nr. 3).

W leczeniu pooperacyjném rany wielkie znaczenie przyznać należy tamponom gazowym pomysłu Billrotha, które napawa się proszkiem jodoformowym lub 10% rozczynem salicylanu sodowego. Najczęściéj potrzebne są trzy tampony; jeden zostaje na dnie jamy ust, dwa inne zakłada się do dolnego kąta rany. Pierwszy zmienia się codziennie, dwa inne co dni kilka. W przypadkach, gdzie przepiłowanie szczęki dolnéj okazało się koniecznem, to spojenie powierzchni przepiłowanych uskutecznia się szwem drutowym a okostnę spaja się katgutem. Przedmiotem operacyi metodami

przytoczonemi (w téj okolicy) najczęściéj bywają nowotwory natury dobrotliwéj, rzadziéj raki, których ekstyrpacyja z powodu zwyrodnienia gruczołów w wśródpiersiu należy do najniebezpieczniejszych.

Celem wydobycia ugrzężniętych ciał obcych w połyku używaną bywa esofagotomija. Operacyja ta dla innych celów wykonywana dawała najczęściéj niepomyślne wyniki. Z 19 przypadków Koeniga odnosiła się do 11 raków i to tylko dla założenia przetoki poniżéj nowotworu w celach odżywczych, wszystkie skończyły się w krótkim czasie śmiercią. Pięć razy wykonano ją z powodu zwężeń bliznowatych połyku w większéj ilości z niepomyślnym wynikiem. Dopiero Gussenbauer i autor przytaczają przypadki tego rodzaju, szczęśliwie operowane. Zwężenia w niższych częściach połyku usuwano operacyjami krwawemi, gdy przez przełyk dał się jeszcze przeprowadzić jakikolwiek zgłębnik. W takich przypadkach uciekano się do esofagotomii wewnętrznéj, używając narzędzi z konstrukcyją podobną do uretrotomów. Francuscy chirurgowie, jak M a i s o n n e u v e, D o l b e a u, T i l l a u x itd., przytaczają wiele pomyślnych przypadków, autor jednakowoż zaleca operacyję tę tam tylko, gdzie z powodu głębokiego usadowienia się zwężenia, jak np. w części wchodowéj do żołądka, przez zewnętrzne cięcie dosięgnąć go nie można, a zwężenie do małéj ogranicza się przestrzeni. Wtedy lekkie nacięcia w kilku kierunkach ostrzem esofagotomu pożądany przynosi skutek, nie grożąc uszkodzeniem ważnych organów w sąsiedztwie przełyku się znajdujących, jak serca, tętnic itd.

W przeciwnym więc razie esofagotomija wewnętrzna jest bardzo groźną z powodu bliskości ważnych organów, a w takim razie gastrotomija jedynie może ją zastąpić. Ograniczone w ten sposób wskazania do esofagotomii wewnętrznéj ścieśnia jeszcze nadto ta ważna okoliczność, że wiele zwężeń połyku daje się na drodze bezkrwawéj rozszerzać. Te zaś zwężenia, które koniecznie wymagają zabiegu chirurgicznego, zwykle są i dla zgłębnika nieprzystępne, a tém samém i do esofagotomii wewnętrznéj nieodpowiednie. Część tego rodzaju zwężeń wymaga doraźnego działania, albowiem nie przepuszczając żadnych potraw do żołądka grozi śmiercią głodową. Sąto najczęściéj zwężenia rakowate, z powodu których w ostatnich czasach gastrotomiję się wykonywa. Innego rodzaju zwężenia często dla zgłębnika nieprzystępne dla płynnych potraw jeszcze dłuższy czas bywają drożne; a kiedy i dla tych niedrożnemi się stają, ratunek spiesznym być musi. W tym razie dwie drogi mamy do celu prowadzące: Jedna polega na rozszerzeniu zwężenia z żołądka po wykonaniu poprzednio gastrotomii, sposób, który jest urzeczywistnieniem myśli autora. Dziś gastrotomija nie należy do zbyt niebezpiecznych operacyj, bo urazowego zapalenia otrzewny, tak często dawniéj wikłającego ten zabieg, w skutek zetknięcia się treści żołądka z otrzewną, unika się dziś, zszywając przed otwarciem żołądka ściany jego z częścią ścienną otrzewny. Następowe zapalenie otrzewny ogranicza się miejscowo a treść po otwarciu żołądka nie ma przystępu do otrzewny. Autor sam opisuje przypadek, gdzie w ten sposób udało mu się utworzyć obszerną przetokę żołądkową, przez którą następnie wprowadzał palce i do żołądka, aby wyczuć zgłębnik wprowadzony przez usta do połyku, w którego dolnéj części było znaczne zbliznowacenie. Po kilkakrotnych próbach wyczuł z żołądka guzik zgłębnika, warstwą części miękkich pokryty. Celem przeprowadzenia zgłębnika przez zwężoną część połyku aż do żołądka, użył autor szczypczyków podobnych do szczypców trzewowych D u p u y t r e n a, któremi zacisnął przez części miękkie ujętą gałkę sondy, aby sprowadzić przez ucisk zgorzel tych części, gdyż znaczne zwężenie w inny sposób zgłębnikiem przebyć się nie dało, a bliskość ważnych organów użycia noża wzbraniała. Po wielu mozolnych zakładaniach i zsuwaniach się szczypczyków przebił nareszcie zgłębnik ową warstwę, i ukazał się w żołądku, nie sprowadzając żadnego następowego krwawienia. Odtąd rozszerzanie zwężenia szło szybkim krokiem tak, że po kilku tygodniach udało się wprowadzić zgłębnik Cheliusa o średnicy 25 mm., poczém autor mógł przystąpić do zaszycia przetoki żołądkowéj. Drugą wspomnianą drogę, do usunięcia zwężeń stósowną, obrał G u s s e n b a u e r w przypadku, gdzie u dziecka dwuletniego powstało zbliznowacenie w części żołądkowéj połyku po połknięciu 50% kw. karbolowego. Wykonał on esofagotomiję zewnętrzną, następnie wydobył przez ranę połyk i użył zgłębnika, który mu się aż do żołądka udało przeprowadzić. Na sondzie rowkowanéj, wprowadzonéj tuż obok wspomnianego zgłębnika, przeciął hernijotomem bliznę w kilku miejscach obwodowo, poczém wprowadził Nr. 42 kateteru. Rozszerzenie następowe postępowało szybko i pomyślnie. Sposób ten jest wprawdzie bardzo krótki i prosty, ale da się tylko u dzieci z korzyścią zastósować z powodu krótkości połyku u dorosłego, jednakże nie doprowadziłby do skutku. Zdaniem autora może jedynie jego metoda zbawiennie i skutecznie usuwać zwężenia w najniższ ch częściach połyku, jeśli takowe są niedrożnemi nawet dla najcieńszych zgłębników, a łatwo się udaje, jeżeli cierpliwość operowanego i wytrwałość operatora przyjdą jéj w pomoc. *(Deutsche med. Wochenschrift* 1883, Nr. 42, 43). *Dr. Fiałkowski.*

Doc. B ü r k n e r: **Przyczynki do sposobów leczenia ropotoków usznych.**

Pomiędzy wielu środkami stosowanemi w ropotokach usznych cieszą się kwas borowy i rozczyn azotanu srebrowego największą wziętością. Obydwa te sposoby leczenia mają niezaprzeczenie znakomite zalety i dają bardzo dobre rezultaty w odpowiednich przypadkach. Twierdzić wcale jednak nie można, aby we wszystkich przypadkach skutek bywał niezawodny czasem; należy się uciec do garbnika rozpuszczonego w glicerynie, innym razem pomagają przetwory jodowe i wyskok. Mniej nadaje się zdaniem B. jodoform do leczenia ropotoków usznych, kwas borowy jest odpowiedniejszym, gdyż nigdy nie sprowadza objawów zadrażnienia, jak to czasem bywa śród użycia jodoformu.

Na podstawie własnych doświadczeń poleca B. dwa nowe środki, które stosował w ropotokach usznych: precypitat czerwony i sublimat. Pierwszy z nich okazał się skutecznym tylko w ograniczonéj liczbie przypadków a to z powodu nierozpuszczalności, najlepiéj działał on w przypadkach ze skąpém wydzielaniem ropy obok znacznych przedziurawień błony bębenkowéj; tworzy on z wydzieliną zbite kłęby, działa najlepiéj w przypadkach wybujałości na błonie bębenkowéj a użyty w postaci maści (1:15 *Ung. parafin.*) okazał się nader skutecznym w kilku przypadkach owrzodzeń i ropni przewodu ucha zewnętrznego.

Sublimatu używał B. do przestrzykiwań i do wkraplań, w pierwszym razie rozczynu 0·1%, w drugim rozczynów 0.05—0.1:50 wyskoku lub wody i spostrzegł już po działaniu rozczynu letniego przez 1 do 2 minut skutki wcale dobre. Naturalnie, że należy unikać w tych przypadkach spływania rozczynu przez trąbkę Eustachijusza do gardła

a to ze względu na trujące własności sublimatu, nigdy jednak nie spostrzegał znaczniejszego bolu, czasem tylko przeszkadzało badaniu powierzchowne wybielanie się błony śluzowéj ucha tak, że należało chwilowo usuwać wkraplania. Nawet w zastarzałych przypadkach, w których ani kwas borowy ani rozczyn azotanu srebra nie pomagał, okazał się sublimat skutecznym. Niezależnie od autora doświadczał również W a g e n h a u s e r sublimatu w *otitis media purulenta* i osiągnął rezultaty zadowalające. *(Berl. klin. Woch. 1884*, Nr. 1).

Dr. Schaitter.

VI. Zjazd IV lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu.

W minionym roku mimo kilku odezw, jakie Wydział gospodarczy wysłał do czasopism tak naukowych jako i politycznych wszystkich dzielnic polskich, a nawet do bardzo wielu osób, nie zbyt liczne nadchodziły zapowiedzi udziału w Zjeździe. Za to w bieżącym roku, po poprzedniem wysłaniu imiennego zaproszenia do wielu uczonych lekarzy i badaczów przyrody, w Galicyi, Królestwie i Księstwie, jako téż za granicą żyjących, téj doznał Wydział przyjemności, że w krótkim czasie, nie tylko zapowiedzi wykładów, ale wszechstronnie prawie odbiera zapewnienie szczeréj sympatyi dla Zjazdu wraz ze życzeniem wypływającém z dobrego zrozumienia rzeczy, by Zjazd jak najświetniéj się udał. To też żywimy nadzieję, że to zajęcie się Zjazdem nie tylko nie ustanie, lecz przeciwnie, coraz szersze obejmie koła, tak, że świetne powodzenie Zjazdowi zapewnioném będzie.

Mamy też to przekonanie, że każdy lekarz i przyrodnik polski nawet bez odebrania osobistego zaproszenia, a łatwo nie ze złéj woli, ale dla nieznajomości dostatecznego adresu, nie jednego uczonego Wydział gospodarczy pominąć może, wcześnie, gdy tylko stosunki na to zezwolą, o zamiarze wzięcia udziału w Zjeździe nam doniesie.

Czas Zjazdu mającego się odbyć od 2 — 5 Czerwca b. r. może nie dla wszystkich dzielnic Polski równie jest dogodnym. Wydział atoli przekonał się, że dla różnorodnych stosunków w poszczególnych ziemiach Polski niepodobna oznaczyć terminu dla wszystkich zarówno dogodnego, ale raczéj do większości stósować się wypada, a zapatrywanie to podzielają nawet ci, którzy najwięcéj innego terminu sobie życzyli, o czém ponownie nas zapewniają.

Ilość dotychczas zapowiedzianych wykładów wynosi 31.

Oto nazwiska prelegentów i tytuły wykładów:

1. Dr. Wł. A. G l u z i ń s k i: Poszukiwania nad trawieniem żołądkowém białka w różnych stanach chorobowych w celu rozpoznawczym i leczniczym.
2. T e n ż e: O sprawach septycznych ze stanowiska medycyny wewnętrznéj.
3. T e n ż e: Przyczynek do rozpoznawania chorób żołądka.
4. Dr. W. J a w o r s k i: Doświadczenia nad zachowaniem się składników wody karlsbadzkiéj w żołądku ludzkim w stanie fizyjologicznym i patologicznym, z uwzględnieniem wpływu leczniczego tejże w chorobach przewodu pokarmowego.
5. Prof. B r o w i c z: O zapaleniu chroniczném ze stanowiska *porencephalia.*
6. T e n ż e: *Porencephalia.*
7. Dr. K r ó w c z y ń s k i: O leczeniu śluzotoku przewlekłego cewki moczowéj.
8. T e n ż e: O wpływie odziedziczania na życie indywidualne i narodowe.
9. Prof. Dr. K o r c z y ń s k i: Wpływ mechanicznego drażnienia nerwu błędnego na ruchy oddechowe.
10. T e n ż e: Znaczenie kliniczne obliczeń ilości ciałek krwi.
11. T e n ż e: O niedokrewności złośliwéj.
12. T e n ż e: Przyczynek do statystyki zapalenia płuc.
13. T e n ż e: Wpływ błednicy ustrojowéj na przebieg duru brzusznego.
14. Dr. Alfred W o l f r a m: O prątkach gruźliczych.
15. T e n ż e: Wyniki doświadczeń przedsiębranych z kilkoma nowemi lekami.
16. Dr. K e m p i ń s k i: (Sosnowice). O stanie zdrowia ludu kujawskiego i kaliskiego — szkice medyczno-etnograficzne.
17. P. S u l i m i e r s k i Filip. (Warszawa): O brakach w naszém krajoznawstwie i o projekcie założenia w Warszawie towarzystwa krajoznawczego.
18. Prof. B o b e r s k i, Tarnopol: *Phytophthora infestans* de By, mające na celu usunięcie zarazy kartoflowéj.
19. P. C ě n ě k Z a h á l k a, prof. na real. gymn. v Roudnici w Čechách — O geologickych poměrech pyropovych náplavů v Ceském Středohoří.
20. Dr. G e p n e r. Warszawa: O skuteczności przecięcia mięśni prostych zewnętrznych przy postępującéj krótkowzroczności osób pochodzących z rodziców krótkowzrocznych.
21. P. S y r o c z y ń s k i. Lwów, inżyn. wydz. krajowego: O przyczynieniu się naukowych badań do postępu górnictwa olejów ziemnych w Galicyi.
22. Dr. S z u m a n z Torunia: Osteotomija w obec sposobu przeciwgnilnego opatrywania ran.
23. Prof. Dr. G o d l e w s k i. Dublany: O teoryi ruchu wody u roślin.
24. T e n ż e: O stosunkach nasiąkliwości tkanek drzewnych.
25. Dr. R y d y g i e r z Chełmna: Odczyt pracy eksperymentalnéj z demonstracyami (tytuł późniéj będzie podany).

Daléj zapowiedzieli wykłady bez podania tematu:

26. Prof. M i k u l i c z.
27. Prof. C h a ł u b i ń s k i.
28. Prof. R e h m a n.
29. Prof. S z o k a l s k i.
30. Dr. A. S o k o ł o w s k i.
31. Dr. Fr. C h ł a p o w s k i.

Z gotowością podjęcia się r e f e r a t u do zadań mających się ogólnie rozbierać w sekcyach Zjazdu zgłosiło się łaskawie dwóch panów, a mianowicie:

1. Dr. S z u m a n z Torunia do zadania: Jak można sposoby opatrywania ran przeciwgnilnie najlepiéj zastósować do zwykléj praktyki lekarskiéj i do leczenia ubogich chorych?
2. Dr. R y d y g i e r z Chełmna do zadania: Jakie są najnowsze sposoby opatrywania ran pooperacyjnych?

Ostatni przyobiecał nadto odpowiednimi okazami objaśnić swój referat.

Wydział gospodarczy z wdzięcznością zapisywać będzie dalsze zgłoszenia się z podjęciem referatów do ogłoszonych już zadań, jako téż wszelkie nowe referaty, a niemniéj chętnie przyjmie wszelkie życzliwe wskazówki dotyczące przyszłego Zjazdu.

W końcu z przyjemnością zaznaczyć nam wypada, że Dr. K o p e r n i c k i udzielając wydziałowi w obszernym liście zapatrywań swych co do otworzenia sekcyi antropo - archeologicznéj następujące poleca zadania dla téj sekcyi do ogólnego rozbioru.

A. Z a n t r o p o l o g i i: 1. O doniosłości naukowéj spostrzeżeń antropometrycznych na osobach dorosłych żywych wszelkich narodowości na ziemiach dawnéj Polski istniejących.

2. W jaki sposób dałyby się systematycznie zbierać w pojedyńczych miejscowościach spostrzeżenia antropometryczne na osobach dorosłych (25 — 50 letnich) obojéj płci ludności wiejskiéj oraz żydowskiéj?

3. W jaki sposób możnaby spostrzeżenia podobne czynić na więźniach obojéj płci po domach karnych oraz na młodych ludziach stawiających się do wojska przy urzędach konskrypcyjnych? i

4. Czy i w jaki sposób możnaby zużytkować księgi konskrypcyjne dla zebrania dawnych liczbowych o rocznym przybytku wzrostu u mężczyzn, w latach obowiązujących do stawienia się dla konskrypcyi?

5. Czy w krajach zostających pod panowaniem pruskiém i rosyjskiém po urzędach gminnych miejskich i wiejskich są o tyle dostępnemi księgi metryczne zgonów, aby z nich można było czynić wyciągi potrzebne dla badań statystyczno - antropologicznych o trwaniu życia? i w jaki sposób możność tego wyzyskać należy?

Z A r c h e o l o g i i przedhistorycznéj: 1. Jakie istnieją podobieństwa lub różnice między zabytkami przedhistorycznemi (grodziskami, osadami, mogiłami, cmentarzykami, ciałopalnemi i niecialopalnemi) dawnych ziem Wielkiéj i Małéj Polski w porównaniu z tegoż rodzaju zabytkami w sąsiednich krajach zachodniéj Słowiańszczyzny, t. j. szląskiemi, czeskiemi i łużyckiemi?

2. Co jest cechującego w wyrobach kamiennych i krze-

miennych oraz z kości i rogu jeleniego, poznanych dotąd na ziemiach dawnéj Wielko i Małopolski i jaki jest ich stosunek archeologiczny do zabytków wyżéj wymienionych?

3. Co jest cechującego w wyrobach metalowych znajdowanych tamże i jaki jest ich archeologiczny stosunek do wyrobów i zabytków wyżéj wymienionych?

4. Czém się cechuje ceramika przedhistoryczna tychże ziem Polskich, w porównaniu z ceramiką wyżéj wymienioną krajów sąsiednich?

Panowie zajmujący się antropologią lub archeologią, którzyby chcieli podjąć się na Zjeździe referatu do któregokolwiek z powyższych zadań, raczą donieść o tém niżéj podpisanemu przewodniczącemu lub też sekretarzowi (p. Dr. Osowickiemu) wydziału gospodarczego ile możności w jak najkrótszym czasie [1]).

Dr. B. Wicherkiewicz.

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

XVI Posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak. z d. 5go grudnia 1883.

Przewodniczący kol. Obaliński. Członków obecnych 30.

1) Kol. Korczyński okazał pod drobnowidem i objaśnił grzybki kefirowe, które pośredniczą jako zaczyn w wytwarzaniu kumysu, zwanego kumysem kefirowym. Grzybki te bliżéj opisane przez Kerna w r. 1881 składają się z komórek drożdżowych i z prątków, które okazują rychłą skłonność do rozpadania się w zarodniki (*dispora caucasica*). Prątki daleko rychléj się rozmnażają aniżeli komórki drożdżowe i łatwiéj od tych ostatnich się zabarwiają. Kumys ten, o którym wiadomość podali najpierw lekarze rosyjscy (Czogin, Szablowski, Dymitriew, Sorokin, Kern, Sodoweń), głównie publikacyjami Dra Wyszyńskiego w Warszawie rozpowszechnia się po ziemiach polskich. W Krakowie wyrabia go aptekarz Sobierajski i to według sposobu podanego przez Dra Wyszyńskiego (*Gazeta Lekarska*, Nr. 32, 1883). Skład chemiczny kumysu kefirowego zmienia się w miarę, o ile dłużéj bywa przechowywany. według rozbiorów chemicznych Nenckiego i Rakowskiego zwiększa się z dniem każdym ilość wyskoku i bezwodnika węglowego jak niemniéj kwasu mlekowego, ilość zaś cukru maleje. Prelegent nie przypisuje tak kumysowi kefirowemu jak i kumysowi bądź kobylemu bądź krowiemu wytworzonemu za pomocą zwykłych drożdży szczególnego znaczenia leczniczego, jednakowoż nie może tym przetworom odmówić znaczenia dyjetetycznego w wielu chorobach połączonych z niszczeniem tkaniu.

2) Kol. Obaliński przedstawił nowotwór wola włóknistego (*struma fibrosa*) operowanego na oddziale chirurgicznym szpitala św. Łazarza i poczynił nad tym przypadkiem jakotéż nad techniką operacyjną niektóre uwagi.

Kol. Pieniążek prosi prelegenta, aby mu objaśnił, jakie według własnego doświadczenia uważa wskazania do punkcyi i następowéj injekcyi, a jakie do operacyi a względnie ekstyrpacyi w obec *struma cystica*. — Kol. Obaliński niechętnie używa nakłucia wola torbielowego z następném wstrzykiwaniem płynów drażniących, obawiając się następowego odczynu, który z powodu sąsiedztwa tchawicy stać się może niebezpiecznym. Zazwyczaj otwiera antyseptycznie torbiel i drenuje go po zeszyciu jego ściany ze skórą i może się poszczycić bardzo dobremi wynikami w kilku przypadkach. Najradykalniéj byłoby torbiel cały wydobyć, co téż raz z dobrym skutkiem wykonał. — Kol. A. Rosner nadmienia, iż czytał, że w przypadkach wyłuszczenia nowotworu rozwijały się zboczenia umysłowe w okresie wyzdrowienia, zapytuje zatém prelegenta, jakie ma w tym kierunku doświadczenia. — Kol. Obaliński zaznacza, iż operował już kilka wolów, w przypadkach udałych niezauważał nigdy zboczeń umysłowych, na co się zgadza i kol. Mikulicz tak odnośnie do przypadków przez siebie operowanych, jako téż i we Wiedniu obserwowanych; w dalszym ciągu przemówienia potrąca prelegent o kwestyję antyseptyki, nadmieniając, iż obecnie do opatrunku nie używa ani karbolu, ani jodoformu, tylko rozczynu sublimatu i to do przestrzykiwania 1% a do gazy i gąbek 2,5% a ponieważ ten przetwór znacznie psuje narzędzia, trzyma takowe w rozczynie salicylowym; nie stawiał wprawdzie tego sposobu traktowania ran pooperacyjnych wyżéj nad dawniejszy t. j. karbolem i jodoformem; w obec doświadczeń jednak tak własnych jak i innych autorów, które wykazały, że pod sublimatem rany pooperacyjne również aseptycznie się goją, zaprowadził sposób leczenia ran sublimatem a to głównie z tego powodu, iż, jak to zresztą kolegom wiadomo, blisko od pół roku cierpi na wyprysk wywołany nadużyciem karbolu w połączeniu z jodoformem, wreszcie sposób lęczenia ran jest także z tego powodu ważnym, ponieważ jest nadzwyczaj tani. — Kol. Mikulicz nawiązując do słów ostatnich swoje uwagi, zarzuca leczeniu ran pooperacyjnych sublimatem tę ujemną stronę, że bardzo często mimo najstaranniéj przeprowadzonego opatrunku komplikowane bywają różą, czego uniknąć można przy opatrunku karbolowym, bo jeżeli przy takowym pojawia się róża, to niezawodnie popełniony został jakiś błąd; mówiący wspomina daléj, że w klinice róża prawie nigdy się nie pojawia; daléj, że rozczyn kwasu karbolowego bez porównania szybciéj i pewniéj niszczy bakteryje niż sublimat, który z krwią tworzy związki o wiele słabiéj działające na mikroorganizmy. Kol. Obaliński nie dziwi się wcale, że w klinice róża tak rzadko się pojawia, gdyż tam kierownik może sobie przypadki wybierać a róży absolutnie nieprzyjmuje, podczas gdy w szpitalu przyjąć się ją musi, a w tym ostatnim znów ani odgraniczenie chorych ani téż posługa nie są tego rodzaju, aby można uniknąć zawleczenia jéj i przeniesienia z jednego chorego na drugiego; a mimo to w ostatnich dwóch miesiącach, w których używano sublimatu, nie pojawiła się ani razu róża w operowanych przypadkach, chociaż znaczna ilość ciężkich operacyj wykonaną została; co do wywodów kol. Mikulicza o wyższości kwasu karbolowego nad sublimatem, to nie wchodząc na razie w szczegółowe wywody naukowe, faktem przecież jest niedającym się zaprzeczyć, że pod sublimatem rany pooperacyjne również dobrze aseptycznie się goją, a dopiero dalsze doświadczenia mogą wykazać ujemne strony, bo przecież zapatrywania teoretyczne nie mogą być przeniesione wprost na pole doświadczeń praktycznych jako takie, a raczéj powinno się fakta doświadczeniem uzbierane starać wytłumaczyć naukowo i z tych wnioski teoretyczne wysnuwać. — W nader ożywionéj dyskusyi zabierali jeszcze głos koledzy A. Rosner, Jaworski i Pieniążek.

3) Wybrano członkami czynnymi Tow. lek. krak. Drów Adama Dobruchowskiego, Józefa Wiczkowskiego i Henryka Otto.

W zastępstwie sekretarza:
Dr. Balicki.

XVII. Posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak z d. 19 grudnia 1883.

Przewodniczący kol. Obaliński. Członków obecnych 57.

Jako gość kol. Kaufmann z Maryjenbadu.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2) Kol. Przewodniczący odczytuje list ks. Żaby nadesłany Akademii Umiejętności i przez nią odstąpiony Towarzystwu lekarskiemu, zalecający dziewannę (*verbascum thapsus*), jako znakomity lek przeciw dławcowi. Odstąpiono do ocenienia kol. Jakubowskiemu.

3) Przewodniczący odczytuje zawiadomienie przez Namiestnictwo nadesłane, tyczące się dzierżawy zakładu kąpielowego w Brusie od rządu ottomańskiego. Odstąpiono komisyi balneologicznéj.

4) W celu załatwienia konkursu po śp. Kowalewskim, ogłoszonym w Nrze 14ym Przeglądu Lekarkiego z r. 1882 za najlepsze dzieło oryginalne treści lekarskiéj lub przyrodniczéj, uchwalił komitet Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich udać się do Tow. lek. z prośbą o wybór jednego arbitra z grona Towarzystwa, ażeby rozstrzygnąć, która z prac ubiegających się o nagrodę na nią zasługuje. Wybrano kol. Antoniego Rosnera.

5) Przewodniczący zawiadamia, iż od Tow. galicyjskiego nadeszło pisemnie wyrażone życzenie, aby w komisyi redakcyjnéj Przeglądu Lek. przedstawiali nadal to Tow. koll. Rydel i Grabowski, jakotéż aby członkami Rady zawiadowczéj nadal koll. Rieger i Krówczyński pozostali.

[1]) Szanowne Redakcyje wszystkich pism polskich, lekarskich i przyrodniczych upraszam o łaskawe powtórzenie powyższego artykułu.

6) Drowie Marcisiewicz, Górski i Trzebicky wybrani zostali członkami Tow.

7) Koll. Skobla i Marsa wybrano kontrolorami kasy Towarzystwa i Przeglądu Lek.

8) Przystąpiono do wyborów nowych urzędników. Wybrano prezesem kol. Dra Augusta Kwaśnickiego, zastępcą przewodniczącego kol. Browicza, sekretarzem dorocznym kol. Szymkiewicza, redaktorem Przeglądu Lek. kol. Blumenstoka, do komisyi redakcyjnéj koll. Korczyńskiego, Obalińskiego, Oettingera i Pareńskiego, delegatem do komisyi sanitarnéj kol. Paszkowskiego, do rady zawiadowczéj Tow. lek. galic. kol. Riegera i Krówczyńskiego.

9) Kol. Obaliński okazuje kawał resekowanego jelita cienkiego 97cm. długości. Wyciął go u chorego na zagłobę. W kiszce téj widać liczne ogniska zgorzelinowe wielkości talara. W dalszym ciągu opisuje prelegent sposób i przebieg operacyi.

Na têm posiedzenie zakończono.

Dr. Henryk Mendelsburg,
sekretarz.

VIII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Statystyka zakładów dla obłąkania w Austryi. Według wykazów departamentu zdrowia w Ministerstwie spraw wewn. we Wiedniu istnieje obecnie w zachodniéj połowie monarchii austro-węgierskiéj 21 zakładów publicznych a 5 prywatnych, mieszczących 8.870 chorych na umyśle. Największy zakład publiczny jest w Pradze (1.322 łóżek, 1.850 obłąkanych rocznie), po nim idzie wiedeński (553 łóżek, 1.200 chorych rocznie). Trzeci z rzędu zakład jest kulparkowski (545 łóżek, 800 chorych); daléj idą zakłady: w Ybbs (432 łóżek), Kosmanos (395), w Bernie morawskiém (372), w Niederhardt w Austryi górnéj (370), Feldhof w Styryi (350). Klosterneuberg (269). Wszystkie 3 zakłady publiczne w Dalmacyi posiadają razem zaledwie 30 łóżek. Z zakładów prywatnych największy jest w Valdenie w Vorarlbergu, daléj w Lainz i Ober-Döblingu; we wszystkich 5 zakładach prywatnych mieści się 416 obłąkanych. Umieszczonych jest w ogóle obłąkanych 6.200, w opiece domowéj(!?) pozostaje 16.168. Pod względem wieku najwięcéj bo 11.068 przypada na okres od 25—40 roku życia; poniżéj 10 roku życia jest obłąkanych 650, między 10—15 rokiem 1.100. Pod względem płci jest mężczyzn 13.669, kobiet 11.369, razem wszystkich 25.038. Ponieważ ludność Przedlitawii wynosi 21,492.000, więc przypada 1 obłąkany na 860 mieszkańców. Jest to więc stosunek nie najgorszy, jeżeli zważymy, że w Europie średnio przypada 1 obłąkany na 500 mieszkańców.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 6—12 stycznia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 36,4. Z ospy umarło 7 (0 z. t.); z płonicy 5 (0 z. t.); z duru brzusznego 1 (1 z. t.); z róży 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 7 przypadkach ospy, 2 odry, 7 płonicy, 1 błonicy, 2 duru brzusznego. W tygodniu od 30 grudnia do 5 stycznia umarło w Londynie 6 z ospy, leczyło się w szpitalach 110, świeżo zapadło 17. W Paryżu umarło 2, w Budapeszcie, Petersburgu, Warszawie, Nowym Orleanie po 4, w Liwerpolu 6, Birminghamie i Murcyi po 8, w Maladze 22, w Madrasie (od 26 października do 2 listopada) 38; w Pradze 42. Z duru osutkowego umarło w Maladze, Murcyi, Saragosie i Granadzie po 1, w Petersburgu 3. W Aleksandryi umarło od 23—29 grudnia 2 z cholery; w Bombaju od 28 listopada do 4 grudnia także 2; w Madrasie od 26 października do 2 listopada umarło 7; w Kalkucie od 4—10 listopada 19.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 30 grudnia do 5 stycznia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 21,5; w Warszawie 30,3; w Poznaniu 22,9; w Budapeszcie 25,4; w Pradze 32,6; w Tryjeście 28,8; w Berlinie 23,3; w Hamburgu 28,4; w Gdańsku 24,5; w Monachowie 27,3; w Dreźnie 26,3; w Lipsku 30,8; w Bazylei 16,7; w Brukseli 21,9; w Amsterdamie 30,1; w Hadze 28,9; w Paryżu 23,6; w Londynie 21,6; w Kopenhadze 22,8; w Stokholmie 24,4; w Chrystyjanii 17,2; w Petersburgu 32,7; w Odesie 30,7; w Rzymie 25,8; w Wenecyi 25,3; w Bukareszcie 30,9; w Aleksandryi 37,5; w Nowym Yorku 25,3; w Filadelfii 22,3; w Bombayu 24,2; w Madrasie 36,4. *J. B.*

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 24 stycznia. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego mówił asystent kliniki chirurgicznéj, kol. Schramm, o laparotomii, poczém wywiązała się ożywiona dyskusyja. Dzięki uchwale zapadłéj na wniosek kol. Mikulicza, według któréj odtąd wykłady i rozprawy mają być stenografowane, a która to uchwała natychmiast weszła w życie, będziemy w możności podania już w numerze przyszłym dokładnéj sprawy z wczorajszego posiedzenia.

* Na przedwczorajszém posiedzeniu Akademii Umiejętności prof. fizyki Wróblewski zawiadomił Wydział matematyczno-przyrodniczy, że udało mu się skroplić wód.

* **Lwów** Na posiedzeniu Tow. lekarzy galicyjskich, odbytém w dniu 19 b. m., prof. Mikulicz z Krakowa, zaproszony przez prezesa Dra Riegera, miał wykład o nowszych modyfikacyjach opatrunku przeciwgnilnego. Licznie zebrani członkowie (koło 60) z zajęciem słuchali wykładu, a w żywéj dyskusyi wzięli udział pp. Biesiadecki, Gostyński, Czyżewicz, Różański, Ziembicki, Longchamps i inni. Treść tego wykładu mieścić się będzie w rozprawie obecnie w Przeglądzie Lek. drukującéj się.

* Przewodnika gimnastycznego (organu Towarzystwa gimn. „Sokoł" we Lwowie) Nr. 1 ze stycznia rb. opuścił prasę. Treść: Filije czyli oddziały prowincyjonalne Towarzystwa gimnastycznego „Sokól" we Lwowie.—Zarys ćwiczeń na skoczni.—Korespondencyje. — Sprawy Towarzystw gimnastycznych zagranicznych.—Kronika.—Biblijografija.

* **Berlin**. Na żądanie Ministra Oświecenia Wydział lekarski zastanawiał się nad sprawą wiwisekcyj; w imieniu komisyi złożonéj z Virchowa, Du Bois-Reymonda, Westphala i Liebreicha zdawał sprawę Du Bois, a sprawozdanie jego Wydział przyjął jednomyślnie. Wykazawszy, że bez wiwisekcyj postęp w fizyjologii jest bezwzględnie niemożebny i podniosłszy głównie fakt, że właśnie w ostatnich czasach higijena, epidemijo- i epizoocyjologija wiele zawdzięczają wiwisekcyjom, sprawozdawca dochodzi do wniosku, że one są niezbędne dla badania i wykładu.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga**. Docent prywatny Dr. Alojzy Epstein mianowany został nadzw. profesorem pedyjatryi w Wydziale niemieckim. W Wydziale czeskim habilituje się redaktor Časop. lek. česk. Dr. Karol Chodounský jako docent balneologii. Rektor Uniwersytetu niemieckiego prof. fizyki Dr. Mach z powodu starcia z Ministerstwem Oświecenia złożył swój urząd. Docent Dr. Maixner ma być mianowany profesorem patologii wewnętrznéj i dyrektorem polikliniki w Wydziale lek. czeskim.— Prof. medycyny sądowéj w Wydziale prawniczym niemieckim, Dr. Güntner, przechodzi w stan spoczynku; wykłady medycyny sądowéj dla prawników obejmuje prof. Maschka, tak jak prof. Hofmann wykłada już na Wydziale prawniczym w Wiedniu.

* **Odznaczenie**. Lekarz domowy zakładów karnych we Lwowie, Dr. Władysław Jasiński, w uznaniu nader skutecznéj działalności, otrzymał tytuł i charakter Radzcy cesarskiego. — Radzca rządowy prof. Dr. Józef Maschka w Pradze w uznaniu długoletnich zasług jako lekarz sądowy i więzienny otrzymał order korony żelaznéj 3éj klasy.

* **Wiadomości osobowe**. Zatwierdzeni zostali przez Wydział lekarski w Warszawie w stopniu lekarzy pp. Bronisław Laskowski. Filaret Michalewicz, Aleksander Przybyłowski, Bronisław Sawicki. Jan Tworkowski, Abraham Warman i Władysław Wojewódzki.

* **Nekrologija**. W Bononii umarł d. 16 listopada 1883 r. profesor anatomii porównawczéj i patologicznéj Giambattista Ercolani, autor znanego dzieła o histologii i fizyjologii łożyska zwierząt ssących; w Londynie zaś umarł d. 19 listopada 1883 r. dyrektor szpitala Guya Dr. Hilton Fagge. — W Pradze czeskiéj umarł Dr. Jiruš, b. dziekan kolegijum doktorów tamże.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 3: Heringa: Mnogie włó-

kniaki skóry i błony śluzowéj krtani (Praca ta pomieszczoną była w *Wiener med. Presse*, 1883, Nr. 2 i 4); Neugebauera: Dalszy przyczynek do nauki o pośrodkowém zeszyciu pochwy, jako środku do wyleczenia wypadnięcia macicy (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 3: Roségo: O upuście krwi w chorobach serca (c. d.).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Niniejszém ogłasza się konkurs na posadę Sekundaryjusza przy Jasielskim powszechnym szpitalu z roczną płacą 300 złr.

Obowiązki oznacza instrukcyja wydana przez Wys. Wydział krajowy.

PP. Drowie wszech nauk lekarskich chcący kompetować o tę posadę, zechcą należycie udokumentowane podania wnieść do tut. Zwierzchności gminnéj do 10 Lutego rb.

Jasło dnia 15 Stycznia 1884 r.

Burmistrz
Koralewski m. p.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla